



issa

INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT | IVSS

Technischer Bericht 28

Ausweitung der Deckung bei der Gesundheitsversorgung in Systemen der sozialen Sicherheit

Aviva Ron

Internationale Beraterin
Israel

Ausweitung der Deckung bei der Gesundheitsversorgung in Systemen der sozialen Sicherheit

Aviva Ron
Internationale Beraterin
Israel

Regionalforums für soziale Sicherheit in Afrika, Kigali, Ruanda, 18.-20. November 2008

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) ist die weltweit führende internationale Organisation, die nationale Verwaltungen und Träger der sozialen Sicherheit zusammenbringt. Die IVSS stellt Information, Forschung und Expertenwissen sowie Foren für die Mitglieder zur Förderung einer dynamischen sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene bereit. Ein Großteil der IVSS-Aktivitäten zur Förderung guter Praxis wird von den zehn Fachausschüssen geleistet, die sich aus engagierten Mitgliedsorganisationen zusammensetzen und von diesen mit Unterstützung des IVSS-Sekretariats geleitet werden.

Dieser Bericht ist erhältlich unter: <http://www.issa.int/Ressourcen>. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen nicht unbedingt jenen der Herausgeber.

Einleitung

Die Teilnehmer am Regionalforum für soziale Sicherheit sind in erster Linie Direktoren von Systemen der sozialen Sicherheit, von denen die meisten noch keine Gesundheitsleistungen eingeführt haben. In zahlreichen Ländern wird jedoch die Einführung von Gesundheitsleistungen in Betracht gezogen, und dies stellt eine große Herausforderung für die laufenden Reformen oder Änderungen dar, die derzeit in den Systemen der sozialen Sicherheit in Afrika im Gang sind.

Die wichtigsten Themen betreffen folgende Fragen:

1. Ist die Gesundheitsversorgung wichtig?
2. Worin besteht der Mehrwert einer Gesundheitsversorgung in einem System der sozialen Sicherheit?
3. Warum wurde die Gesundheitsversorgung bisher noch nicht in die Systeme der sozialen Sicherheit einbezogen?
4. Welche Möglichkeiten gibt es, die Finanzierung für die Gesundheitsversorgung zu erhöhen?
5. Was ist in der Zwischenzeit geschehen?
6. Wie können wir weitermachen?

1. Ist die Gesundheitsversorgung wichtig?

Es steht außer Frage, dass die Gesundheit wichtig ist – für den Einzelnen, die Familie, die Gemeinschaft, die Nation und auf globaler Ebene. Systeme der sozialen Sicherheit anerkennen das Konzept, wonach jede Person einen eigenen Anspruch hat. Wenn es keinen Mechanismus zum Schutz der Gesundheit des Einzelnen gibt, sehen wir die Auswirkungen dieses Mankos sofort auf Einzel- und Familienebene. Ein Elternteil kann zugunsten der ärztlichen Versorgung eines Kindes oder eines älteren pflegebedürftigen Verwandten auf die Inanspruchnahme von Pflege verzichten. Und doch stellen wir auf nationaler Ebene einen Widerspruch fest zwischen der Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, und den Mitteln, die dem Gesundheitsschutz zugewiesen werden.

Weltweit entsteht enorme Beunruhigung, wenn Infektionskrankheiten auftreten – oder wiederauftreten – und zu einer grenzenüberschreitenden Bedrohung werden, wie wir an der Aufmerksamkeit und den Mitteln sehen können, die jüngst dem schweren Atemwegssyndrom SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) und der Vogelgrippe zuteil wurden. Dank großen internationalen Geldgebern wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und der Bill-Gates-Stiftung stehen Millionen von Dollar zur Verfügung, um die Ausbreitung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose zu verhindern – alles Infektionskrankheiten, die durch globale Tätigkeiten Grenzen überwunden haben. In Afrika sterben mehr Frauen an den Komplikationen einer Schwangerschaft und Geburt als an einer dieser drei Krankheiten, aber es werden bei Weitem nicht genug internationale und

nationale Mittel zugunsten von Schwangerschaft und Geburt eingesetzt – die keine grenzüberschreitende Bedrohung darstellen.

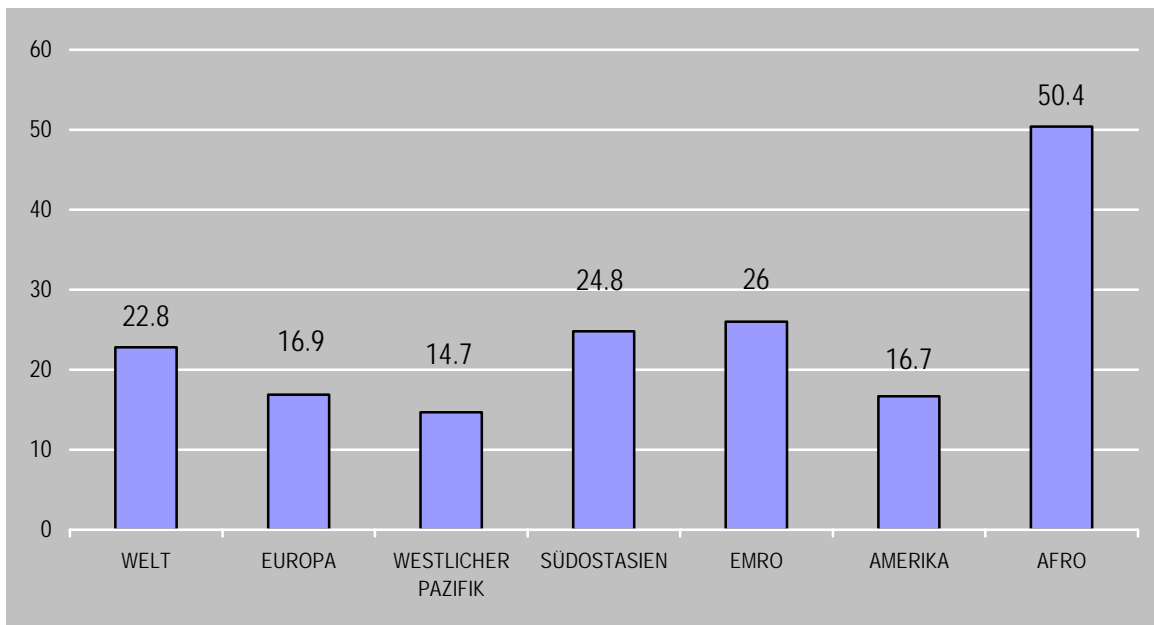
Um wieder auf den regionalen Kontext zurückzukommen: In Afrika liegen der Gesundheitszustand und die Systeme der Gesundheitsversorgung deutlich hinter den anderen Ländern der Welt zurück. Die Lebenserwartung ist in Ländern des afrikanischen Kontinents am niedrigsten. In einer Liste mit Schätzungen zur Lebenserwartung, die von der CIA-Staatsbibliothek für 2008 erstellt wurde, liegen die 38 letztplatzierten Länder südlich der Sahara. In vier dieser Länder liegt die Lebenserwartung unter 40 Jahren und in 20 weiteren zwischen 40 und 50 Jahren. Am anderen Ende des Spektrums beträgt in 20 Ländern, darunter Japan, Singapur, Kanada und Frankreich, die Lebenserwartung zwischen 80 und 83 Jahren, was 30 bis 40 Jahre mehr ist als in den meisten afrikanischen Ländern.

Ein deutlicherer Indikator für uns ist DALY (Disability Adjusted Life Years) – „behinderungsbereinigte“ Lebensjahre. Dies ist eine Maßzahl für die Gesundheitskluft und meint die Jahre, die wegen vorzeitigen Todes oder Behinderung infolge Krankheit verloren gehen. Die Gesamtzahl der verlorenen Jahre spiegelt also den Verlust an produktiven und gesunden Jahre infolge Krankheit. Ein DALY steht für den Verlust eines Jahres bei voller Gesundheit. Schaubild 1 unten zeigt die sehr markante Gesundheitskluft in Afrika auf, im Vergleich zu den DALYs anderer Regionen oder zu wegen Krankheit verlorenen Jahren pro 1000 Einwohner. Tabelle 2 nennt die Prozentanteile der DALYs für drei Hauptgruppen und gibt die Belastung durch Erkrankung (Burden of Disease – BOD) für jede Gruppe an:

- Ansteckende Krankheiten, mutterschafts-, geburts- und ernährungsbedingte Probleme, worunter auch Infektions- und Parasitenkrankheiten fallen.
- Nicht ansteckende Krankheiten (Non-Communicable Diseases – NCDs), worunter auch chronische Erkrankungen wie Krebs, Herzerkrankungen und Diabetes fallen.
- Verletzungen, darunter Straßen- und Arbeitsunfälle, und mutwillige Verletzungen wie selbst verschuldete Verletzungen, Gewalt und Krieg.

•

Vorliegend werden die Daten nach Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verglichen, AFRO meint in der Hauptsache Länder südlich der Sahara, während einige afrikanische Länder zum östlichen Mittelmeergebiet („EMRO“) zählen.

Schaubild 1. Behinderungsbereinigte Lebensjahre /1000 Einwohner nach Region, 2005.

Quelle: DALYs nach Alter, Geschlecht und Ursache für das Jahr 2005, Health Statistics and Health Information Systems, Weltgesundheitsorganisation, www.who.int/healthinfo/bod Daly

Schaubild 1 zeigt, dass in den 44 Ländern der AFRO-Region etwas mehr als 50 Jahre pro 1000 Einwohner verloren gehen. Diese Zahl ist mehr als doppelt so hoch als der weltweite Durchschnitt und doppelt so hoch wie derjenige der Länder in der Region Südostasiens, zu der Indien gehört.

Diese Situation in den meist südlich der Sahara gelegenen afrikanischen Ländern kann nicht allein HIV/AIDS zugeschrieben werden, obwohl es eine enorme Belastung darstellt. Anhand von Tabelle 1 können wir sehen, dass in den AFRO-Ländern 71,5 Prozent der DALYs auf die erste Gruppe entfallen – ansteckende Krankheiten, mutterschafts-, geburts- und ernährungsbedingte Probleme. Auch hier ist die Zahl wieder doppelt so hoch als der Weltdurchschnitt und wesentlich höher als jene in den Ländern Südostasiens. Auf HIV/AIDS, das in diese erste Gruppe fällt, entfallen 16,3 Prozent aller DALYs, und wir müssen uns fragen, welchen anderen Krankheiten der ersten Gruppe die restliche Belastung zuzuschreiben ist. Hier finden wir Tuberkulose und Malaria aber auch Kinderkrankheiten, gegen die es Schutzimpfungen gibt: Keuchhusten, Kinderlähmung, Diphtherie, Masern und Wundstarrkrampf.

Tabelle 1. Prozentsatz der „behinderungsberinigten“ Lebensjahre/1000 Einwohner nach Krankheits-/Problemgruppe, 2005

WHO-Region	Gruppe 1 gesamt Ansteckend, mutterschafts-, geburts- oder ernährungs- bedingt (%)	HIV/ AIDS (%)	Malaria (%)	mutterschafts- bedingt (%)	Gruppe 2: Nicht ansteckende Krankheiten (%)	Gruppe 3: Verletzungen (%)
AFRO	71,5	16,3	8,6	3,2	19,2	9,0
Amerika	7,4	2,4	0,8	1,1	69,4	13,9
EMRO	43,7	0,9	1,0	2,9	43,4	12,9
Südostasien	39,0	3,0	3,5	2,3	47,1	13,9
Westlicher Pazifik	17,3	1,1	1,6	0,9	68,3	14,4
Europa	9,5	2,0	0,1	0,4	77,2	13,3
Welt	38,5	5,6	2,3	2,0	49,0	12,5

Auf Malaria entfallen 8,6 Prozent der Belastung durch Krankheiten in den AFRO-Ländern. Die Belastung ist 2,5 Mal so hoch wie in Südostasien und 5 Mal so hoch wie in Westpazifikländern, zu denen auch Länder mit viel Malaria zählen. Bei rechtzeitigem Zugang zur richtigen medizinischen Versorgung gibt es keinen Grund, dass so viele Afrikaner an Malaria sterben. Durch den Einsatz mehrerer internationaler Agenturen wie Global Fund werden wirksame Arzneimittel bereitgestellt. Die Frage ist, ob sie zu den Gesundheitszentren gelangen und ob finanzielle Barrieren den Patienten den Zugang zu diesen Gesundheitszentren erschweren.

Auf mutterschaftsbedingte Probleme entfallen 3,2 Prozent aller DALYs in AFRO-Ländern, aber nur 0,4 Prozent in EURO-Ländern, was belegt, dass diese Probleme zum größten Teil vermieden werden können. EURO-Länder umfassen nicht nur die Industrienationen Westeuropas, sondern auch Osteuropa und zentralasiatische Republiken, die früher zur Sowjetunion gehörten.

Die Probleme in der ersten Gruppe lassen sich weitgehend vermeiden, einige durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen wie die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser und von sanitären Einrichtungen und andere durch geeignete persönliche Gesundheitspflege, was wirksame Präventionsmaßnahmen und den rechtzeitigen Einsatz geeigneter medizinischer Technologien beinhaltet. Der fehlende Zugang zu Gesundheitsversorgung infolge mangelnder Finanzierung des Gesundheitssystems und anderer Finanzbarrieren für die Inanspruchnahme von Leistungen ist in vielen Ländern Afrikas ein wesentliches Hindernis für die Behandlung dieser Gruppe von Gesundheitsproblemen.

Laut Studien und Dokumentationen ist die späte oder aufgeschobene Versorgung der Hauptgrund für Komplikationen und Tod bei den Krankheitsursachen der ersten Gruppe. In

vielen Teilen dieser Länder dürfen wir die Frage des konkreten Zugangs zur Gesundheitsversorgung nicht vernachlässigen. Entfernung, Anreisezeit und Kosten sind echte Probleme, aber noch belastender sind die möglichen finanziellen Folgen der Versorgung. Selbst wenn nach einem Tag Fußmarsch die Versorgung im Bezirkskrankenhaus kostenlos erfolgt, kann die Angst vor dem Lohn- oder Einkommensverlust für die zwei oder mehr benötigten Tage die Menschen davon abhalten, Pflegedienste in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 1 zeigt, dass in den AFRO-Ländern 19,2 Prozent der DALY auf nicht ansteckende Krankheiten (NCD) entfallen. Bei der Zunahme der NCDs stehen diese Länder also vor einer Doppelbelastung durch Krankheit. Die chronischen Krankheiten sind nicht unbedingt die Folge von Kinderkrankheiten. Sie sind öfter das Ergebnis sich wandelnder Lebensgewohnheiten, wenn die Gesellschaft oder ein Teil davon wohlhabender wird. In den afrikanischen Ländern gibt es immer mehr solcher Probleme, die mit häufigerem Auftreten bestimmter Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und fehlender körperlicher Bewegung in Verbindung stehen. Unter der Annahme, dass die derzeitigen Mitglieder der Systeme der sozialen Sicherheit in vielen afrikanischen Ländern die besser verdienenden Arbeitnehmer des Landes sind und dass Invalidenleistungen bezahlt werden, muss die Gesundheitsversorgung eine Zunahme der NCDs, insbesondere von Diabetes, Herzerkrankungen und Krebs verhindern und somit der Invalidität, die daraus folgt. Den Komplikationen bei hohem Blutdruck und Diabetes kann vorgebeugt werden, wenn die Risikofaktoren, einschließlich Übergewicht, schon in einem frühen Stadium kontrolliert werden.

Tabelle 1 zeigt auch den enormen Mangel an Gerechtigkeit in der Gesundheit anhand eines Indikators, der die Auswirkungen früher Sterblichkeit und Invalidität auf das Arbeitsleben und die Produktivität widerspiegelt, die ausschlaggebend sind für die Sozialentwicklung und die Nachhaltigkeit von Systemen der sozialen Sicherheit.

2. Worin besteht der Mehrwert der Gesundheitsversorgung in einem System der sozialen Sicherheit?

Die Gesundheitsversorgung ist eine kurzfristige Leistung, und die meisten Versicherten und ihre Angehörigen nutzen diese Leistung mindestens einmal pro Jahr: Etwa 85 Prozent werden als ambulante Patienten einen Arzt oder eine Krankenschwester aufsuchen und etwa 5 bis 8 Prozent bedürfen stationärer Versorgung im Krankenhaus. Im vorherigen Abschnitt wurde der Gesundheitszustand und die Belastung durch Krankheit in Afrika untersucht. Diese Zahlen beinhalten einen enormen nicht befriedigten Bedarf an Gesundheitsversorgung, und ein Durchschnitt von mindestens zwei Arzt- oder Krankenschwesterbesuchen pro Jahr für die gesamte Bevölkerung wäre eine bedeutende Errungenschaft.

Eine 30-jährige berufstätige Mutter ist wahrscheinlich stärker besorgt darüber, ob ihre Familie eine Gesundheitsversorgung hat, als darüber, ob sie in 30 Jahren eine Rente beziehen kann, selbst wenn sie für diese ganze Zeit bis zum Ruhestand eine Beschäftigungsgarantie hätte und

selbst wenn der Wert dieser Rente garantiert wäre und keine Teuerung oder abnehmende Kaufkraft drohte. Insbesondere betroffen sind Einzelpersonen, wenn sie im Krankheitsfall mit unvorhersehbaren finanziellen Belastungen konfrontiert sind, weil sie weder Art noch Umfang oder Kosten der Dienstleistungen kontrollieren können.

Wenn ein System der sozialen Sicherheit nun die Gesundheitsleistungen einschließt, würde eine Mitgliedschaft attraktiver und die Bereitschaft zur Bezahlung von Beiträgen würde sich verbessern, denn die Mitglieder wollen sicher sein, dass sie geschützt sind und bleiben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Beiträgen und Bedarf. In einem Rentensystem erfolgen Zahlungen aufgrund des Einkommens (als Prozentsatz des Lohnes), und das Gleiche gilt für die Leistung. Mitglieder dürften nicht zufrieden sein, wenn der gemeldete Lohn niedriger ist als der tatsächliche Lohn. In der Krankenversicherung erfolgen die Zahlungen auch aufgrund des Einkommens, während sie je nach Bedarf in Anspruch genommen wird. Man könnte daher annehmen, dass die Mitglieder es dem Arbeitgeber nicht verübeln, wenn er ihre Löhne zu niedrig angibt. Wenn die beiden Systeme jedoch miteinander verhängt sind, gilt für beide die gleiche Beitragsbasis – während also die Gesundheitsversorgung die Einhaltung der Bestimmungen bei der Anmeldung und Aufrechterhaltung des Anspruchs fördert, begünstigen langfristige Leistungen wie Renten und Invalidenrenten die Einhaltung der Bestimmungen bei der Meldung des Lohnes oder Einkommens.

Der zweite Mehrwert der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit sowie die Produktivität und Entwicklung, die mit guter Gesundheit einhergehen. Kranke Erwachsene erreichen ein Stadium, das sich negativ auf ihre Produktivität auswirkt – sie haben mehr Fehlzeiten durch Krankheit, mehr Anträge auf Invalidenleistungen, und letztendlich hören sie ganz auf zu arbeiten, was auch heißt, dass sie keine Beiträge mehr entrichten. Junge Mütter, die bei der Geburt eines Kindes sterben, hinterlassen Witwer und Waisen mit mehr Betreuungsbedürfnissen zu Hause. Schulkinder, die sich wegen Mangelernährung nicht auf ihre Schularbeit konzentrieren können, werden keine höhere Ausbildung und Qualifizierung für die in Entwicklungsländern gebrauchten Fähigkeiten absolvieren. Und Kinder, die sterben, bevor sie das Schulalter erreichen, werden bei den Arbeitskräften in der nächsten Generation fehlen. Und sie alle werden die Ausweitung der Deckung durch die soziale Sicherheit verringern und zugleich neue Nachfrage nach Krankengeldleistungen und Invalidenbeihilfen sowie Arbeitslosenleistungen schaffen, sofern es welche gibt.

Ein dritter Mehrwert wird durch Verbesserungen im System der Gesundheitsdienste geschaffen. Verträge zwischen Systemen der sozialen Krankenversicherung und Dienstleistern sorgen direkt für vorhersehbare Geldmittel im Anbietersystem, was die Qualität der Versorgung verbessern sollte. Ein soziales Krankenversicherungssystem hat als Einkäufer von Gesundheitsleistungen wesentlich mehr Macht als der einzelne Patient. Das Versicherungssystem ist auch verpflichtet, die Qualität seiner Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, während die Anbieter ebenso wie das Versicherungssystem rasch verstehen,

dass die Mitglieder nicht bereit sind, regelmäßig Prämien zu zahlen, wenn die Patientenzufriedenheit nicht gesteigert wird. Daher dürfte die gegenseitige Verpflichtung zwischen den Mitgliedern, die für Gesundheitsleistungen im Voraus zahlen, und dem System sowie den Anbietern die Qualität der Leistungen verbessern und aufrechterhalten.

Die Gesundheitsversorgung ist eine kurzfristige Leistung, und die meisten Versicherten und ihre Angehörigen nutzen diese Leistung mindestens einmal pro Jahr: Etwa 85 Prozent werden als ambulante Patienten einen Arzt oder eine Krankenschwester aufsuchen und etwa 5 bis 8 Prozent bedürfen stationärer Versorgung im Krankenhaus. Im vorherigen Abschnitt wurde der Gesundheitszustand und die Belastung durch Krankheit in Afrika untersucht. Diese Zahlen beinhalten einen enormen nicht befriedigten Bedarf an Gesundheitsversorgung, und ein Durchschnitt von mindestens zwei Arzt- oder Krankenschwesterbesuchen pro Jahr für die gesamte Bevölkerung wäre eine bedeutende Errungenschaft.

Eine 30-jährige berufstätige Mutter ist wahrscheinlich stärker besorgt darüber, ob ihre Familie eine Gesundheitsversorgung hat, als darüber, ob sie in 30 Jahren eine Rente beziehen kann, selbst wenn sie für diese ganze Zeit bis zum Ruhestand eine Beschäftigungsgarantie hätte und selbst wenn der Wert dieser Rente garantiert wäre und keine Teuerung oder abnehmende Kaufkraft drohte. Insbesondere betroffen sind Einzelpersonen, wenn sie im Krankheitsfall mit unvorhersehbaren finanziellen Belastungen konfrontiert sind, weil sie weder Art noch Umfang oder Kosten der Dienstleistungen kontrollieren können.

Wenn ein System der sozialen Sicherheit nun die Gesundheitsleistungen einschließt, würde eine Mitgliedschaft attraktiver und die Bereitschaft zur Bezahlung von Beiträgen würde sich verbessern, denn die Mitglieder wollen sicher sein, dass sie geschützt sind und bleiben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Beiträgen und Bedarf. In einem Rentensystem erfolgen Zahlungen aufgrund des Einkommens (als Prozentsatz des Lohnes), und das Gleiche gilt für die Leistung. Mitglieder dürften nicht zufrieden sein, wenn der gemeldete Lohn niedriger ist als der tatsächliche Lohn. In der Krankenversicherung erfolgen die Zahlungen auch aufgrund des Einkommens, während sie je nach Bedarf in Anspruch genommen wird. Man könnte daher annehmen, dass die Mitglieder es dem Arbeitgeber nicht verübeln, wenn er ihre Löhne zu niedrig angibt. Wenn die beiden Systeme jedoch miteinander verhängt sind, gilt für beide die gleiche Beitragsbasis – während also die Gesundheitsversorgung die Einhaltung der Bestimmungen bei der Anmeldung und Aufrechterhaltung des Anspruchs fördert, begünstigen langfristige Leistungen wie Renten und Invalidenrenten die Einhaltung der Bestimmungen bei der Meldung des Lohnes oder Einkommens.

Der zweite Mehrwert der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit sowie die Produktivität und Entwicklung, die mit guter Gesundheit einhergehen. Kranke Erwachsene erreichen ein Stadium, das sich negativ auf ihre Produktivität auswirkt – sie haben mehr Fehlzeiten durch Krankheit, mehr Anträge auf Invalidenleistungen, und letztendlich hören sie ganz auf zu arbeiten, was auch heißt, dass sie keine Beiträge mehr entrichten. Junge Mütter, die bei der

Geburt eines Kindes sterben, hinterlassen Witwer und Waisen mit mehr Betreuungsbedürfnissen zu Hause. Schulkinder, die sich wegen Mangelernährung nicht auf ihre Schularbeit konzentrieren können, werden keine höhere Ausbildung und Qualifizierung für die in Entwicklungsländern gebrauchten Fähigkeiten absolvieren. Und Kinder, die sterben, bevor sie das Schulalter erreichen, werden bei den Arbeitskräften in der nächsten Generation fehlen. Und sie alle werden die Ausweitung der Deckung durch die soziale Sicherheit verringern und zugleich neue Nachfrage nach Krankengeldleistungen und Invalidenbeihilfen sowie Arbeitslosenleistungen schaffen, sofern es welche gibt.

Ein dritter Mehrwert wird durch Verbesserungen im System der Gesundheitsdienste geschaffen. Verträge zwischen Systemen der sozialen Krankenversicherung und Dienstleistern sorgen direkt für vorhersehbare Geldmittel im Anbietersystem, was die Qualität der Versorgung verbessern sollte. Ein soziales Krankenversicherungssystem hat als Einkäufer von Gesundheitsleistungen wesentlich mehr Macht als der einzelne Patient. Das Versicherungssystem ist auch verpflichtet, die Qualität seiner Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, während die Anbieter ebenso wie das Versicherungssystem rasch verstehen, dass die Mitglieder nicht bereit sind, regelmäßig Prämien zu zahlen, wenn die Patientenzufriedenheit nicht gesteigert wird. Daher dürfte die gegenseitige Verpflichtung zwischen den Mitgliedern, die für Gesundheitsleistungen im Voraus zahlen, und dem System sowie den Anbietern die Qualität der Leistungen verbessern und aufrechterhalten.

3. Warum wurde die Gesundheitsversorgung in Afrika bisher noch nicht in die Systeme der sozialen Sicherheit einbezogen?

Bevor wir diese Frage untersuchen, müssen wir den aktuellen Umfang der Gesundheitsversorgung als Leistung der Systeme der sozialen Sicherheit in dieser Region betrachten.

Wie aus dem Bericht „*Social Security Programs Throughout the World: Africa 2007*“ (Systeme der sozialen Sicherheit weltweit: Afrika 2007) hervorgeht, haben von den erfassten 44 Ländern alle Arbeitsunfallprogramme, 41 haben Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten und 20 haben Familienbeihilfen. Aber nur 20 haben „medizinische Versorgung“ zusätzlich zu den Geldleistungen für Arbeitnehmer, die infolge Krankheit nicht arbeiten können. Von den 20 Ländern mit Gesundheitsleistungen sind fünf die nordafrikanischen Länder Algerien, Ägypten, Libyen, Marokko und Tunesien. Fünf Länder haben begrenzte Gesundheitsleistungen im Rahmen von Familienbeihilfen, und andere haben Gesundheitsleistungen nur bei Mutterschaft. In neun der 44 Länder genießen Arbeitnehmer und in einigen Fällen ihre Angehörigen begrenzte ärztliche Versorgung im Rahmen geltender Arbeitsgesetze. Drei Länder kennen beitragspflichtige Systeme für Staatsbedienstete (Burundi, Burkino Faso und Gabun).

Ein für die Elfte Afrikanische Regionaltagung des Internationalen Arbeitsamtes (IAA) im April 2007 in Addis Abeba erstellter Bericht vermerkt, dass fast 90 Prozent der Bevölkerung Afrikas südlich der Sahara nicht gegen das Risiko Krankheit oder Unfall versichert sind. Der Bericht betonte: „Um den am stärksten benachteiligten und verwundbaren Gruppen in Notfällen zu helfen, ist der Sozialschutz ein mächtiges Mittel zu Armutsverringern.“

Die Bedeutung der Gesundheitsversorgung ist klar, und die nächste Frage lautet daher: Wenn die Gesundheitsversorgung so wichtig ist, warum wurde sie dann nur in so wenige Systeme der sozialen Sicherheit in Afrika einbezogen? Wurde der Anschluss an die Realität verpasst, oder wurden die Augen verschlossen vor den Folgen der Veränderungen bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den letzten zwei Jahrzehnten?

In der Vergangenheit war der Staat verantwortlich für die Entwicklung und den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen sowie für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung. Diese Verantwortung wurde meist in Gesundheitsgesetzen bestätigt, die eine kostenlose Versorgung in staatlichen Gesundheitseinrichtungen zusagten. In vielen Ländern Afrikas bedeutete private Versorgung von gemeinnützigen nicht gewinnorientierten und meist religiösen Institutionen betriebene Kliniken und Krankenhäuser – Gesundheitsdienste der Missionen –, und diese stellten kostenlos Versorgungsleistungen bereit oder verlangten symbolische Gebühren. Durch eine Folge von Ereignissen in Zusammenhang mit einer breiteren Wirtschafts- anstelle von Sozialpolitik verschob sich die Verantwortung des Staates weg von der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hin zur Formulierung, gesetzlichen Regelung und zur Umsetzung alternativer Mechanismen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Die massivste Änderung bestand in der Einführung von Nutzungsgebühren für öffentliche Gesundheitsleistungen, was bei Krankheit Zahlungen aus der eigenen Tasche für Gesundheitsleistungen ohne jegliche Erstattung bedeutete. Trotz drohendem politischem Widerstand haben die meisten Regierungen *de facto* die kostenlose Erbringung von Gesundheitsleistungen für alle eingestellt, außer für die ärmsten Bürger und die Staatsbediensteten. Die kostenlose Gesundheitsversorgung beschränkt sich heute darauf, was Regierungen bezahlen können oder wollen, und starke Kürzungen der Staatsausgaben haben zu wesentlich niedrigeren Gesundheitshaushalten aus dem allgemeinen Steueraufkommen geführt. Bis zur Einführung der Nutzungsgebühren waren diese öffentlichen Einrichtungen für die meisten Bürger gewöhnlich die einzige Möglichkeit der Versorgung ohne finanzielle Hindernisse.

Positiv nahm sich aus, dass die Gesundheitsministerien infolge der Einführung der Nutzungsgebühren gezwungen waren, Budget- und Preismechanismen zu entwickeln, was das Finanzmanagement bei der Zentralregierung und auf Ebene der Krankenhausanbieter verbesserte. Nutzungsgebühren können jedoch negative Folgen zeitigen. Die Einforderung von Nutzungsgebühren bei Krankheit, also gerade wenn das Einkommen geringer ist, kann

beim Patienten irrationales Gesundheitsverhalten bewirken, indem er versucht, die Inanspruchnahme von Leistungen aufzuschieben, oder entschieden wird, welches Familienmitglied Vorrang haben soll oder welche Dienstleistungen nach dem ersten Arztbesuch zu erwerben sind.

In sehr kurzer Zeit erkennen die Gesundheitsanbieter das Potenzial, um ihre Einnahmen zu erhöhen, indem sie eine Nachfrage nach Leistungen fördern, u.a. nach unnötigen Leistungen. In Entwicklungsländern beschränkt sich dies nicht nur auf eine zu starke Nutzung von Spitzentechnologie. Weitaus geläufiger ist, dass ein hoher Anteil der Patienten unnötige Arzneimittel verschrieben bekommt, die im Rahmen der Grundversorgung oft in Form von Injektionen verabreicht werden. Daraus entsteht ein neuer Bereich negativer Gesundheitsergebnisse; heute wird allgemein anerkannt, dass die Resistenz gegen wirksame Arzneimittel durch zu häufiges Verschreiben von Antibiotika gefördert wurde, ganz zu schweigen vom zusätzlichen Risiko durch die Anwendung von Injektionen. Ein einzelner zahlender Patient hat keinerlei Schutz, wie ihn ein System der sozialen Sicherheit bietet, das die Angemessenheit und Qualität der erbrachten Dienstleistungen gewährleistet.

4. Welche Möglichkeiten gibt es für eine stabile und gerechte Finanzierung der Gesundheitsversorgung?

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die in einem Land für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Mittel zu erhöhen, angefangen bei einer höheren Zuweisung aus dem Staatshaushalt für Gesundheit bis hin zu verschiedenen Nutzungsgebühren und der Option des Sozialschutzes. Selbstverständlich unterscheiden sie sich in Bezug auf Stabilität, Nachhaltigkeit, sinnvollen Einsatz des Haushaltseinkommens und die Fähigkeit, die Qualität der Versorgung zu sichern.

4.1. Erhöhung der Zuweisung staatlicher Mittel aus dem Steueraufkommen

Ein über Steuereinnahmen finanziertes nationales Gesundheitsversorgungssystem, das die gesamte Bevölkerung abdeckt, ist vielleicht die einfachste Art, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen. Die Steuerbasis ist allerdings in den meisten Entwicklungsländern wenig solid, da diese Länder gewöhnlich kleine formelle Beschäftigungssektoren und große informelle Sektoren und ein schwaches Steuereinzugssystem haben.

Der vom Staat für die Gesundheit ausgegebene Betrag ist in der Tat in vielen Entwicklungsländern sehr niedrig. Auch wenn die Steuereinnahmen angehoben werden könnten, gäbe es noch mindestens zwei Probleme zu lösen. Erstens die Frage, ob angesichts des Bedarfs in anderen sozialen Bereichen wie Erziehung und Wohnungen mehr öffentliche Gelder für die Gesundheit ausgegeben werden sollen. Zweitens müsste der zusätzliche Betrag

für die Gesundheit aus Steuern immer noch jedes Jahr neu ausgehandelt werden, was zu mangelnder Stabilität bei dem alljährlich verfügbaren Betrag führen würde.

4.2. Nutzungsgebühren

Die Einführung von Nutzungsgebühren in staatlichen Gesundheitseinrichtungen wurde im vorherigen Abschnitt diskutiert. Die Bereitschaft der Patienten, diese Gebühren zu bezahlen, hängt nicht nur davon ab, wie hoch sie sein werden, sondern auch davon, ob die Betroffenen während der Krankheit über das Geld verfügen und von ihrer Beurteilung der staatlichen Leistungen, die in einem unterfinanzierten System meist nicht sehr positiv ausfällt.

Die ärmsten und verwundbarsten Teile der Bevölkerung sind meist von den Gebühreuzahlungen ausgenommen. Staatliche Krankenhäuser erhalten jedoch meist keine besonderen Zahlungen für die Versorgungsleistungen, die sie für gebührenbefreite Patienten bereitgestellt haben. Die Behandlung solcher Patienten wird somit zu einer Quelle für Unzufriedenheit und auch zu einer finanziellen Belastung für die Krankenhäuser. Solange für gebührenbefreite Patienten keine Entschädigung gezahlt wird, werden zahlende Patienten, einschließlich solcher, die den Mitarbeitern direkt unter der Hand Beträge zustecken, tendenziell besser behandelt als gebührenbefreite Patienten. Probleme durch Gebührenbefreiung, Instabilität, Unbeliebtheit und niedrige Renditen haben bereits gezeigt, dass Nutzungsgebühren nicht die optimale Lösung für eine stabile angemessene Finanzierung von Gesundheitsleistungen sind.

4.3. Drug Revolving Funds

Sogenannte Drug Revolving Funds (DRFs) (zur kostendeckenden Abgabe von Medikamenten) verlangen Gebühren für Arzneimittel, die deren Verfügbarkeit in einem öffentlichen, nicht gewinnorientierten Gesundheitssystem gewährleisten sollen. Die Patienten zahlen Preise, die sich aus Einkaufspreis plus einem Prozentsatz für die Verwaltungskosten, meist Anreize für die lokalen Gesundheitsfachkräfte, zusammensetzen. Dieser Mechanismus wurde erstmals von der UNICEF 1987 in Mali mit der sogenannten Bamako-Initiative eingeführt und war anfangs ein Plan zur Sicherung der Verfügbarkeit wesentlicher Arzneimittel in den in vielen Ländern südlich der Sahara gebeutelten Gesundheitssystemen. Dieser Mechanismus war auch der erste Versuch, das Ideal von kostenlosen Gesundheitsleistungen im öffentlichen Sektor aufzugeben.

Viele Länder in Afrika haben nun DRFs auf Dorfebene, und die Wirkungen des Systems haben schon viel Tinte fließen lassen. Das positivste Aspekt war, dass das System zeigte, dass Patienten bereit sind, für konkrete Güter und Dienste zu zahlen. In Bezug auf die Eignung als stabiler Gesundheitsfinanzierungsmechanismus lautete die Hauptkritik, dass DRFs nach wie vor Zahlungen aus der eigenen Tasche zur Zeit der Nutzung darstellen, und selbst kleine Beträge könnten unter der Bevölkerung mit sehr geringen Einkommen eine finanzielle

Belastung sein. Das interessanteste Ergebnis auf lokaler Ebene ist der so zusammenkommende absolute Geldbetrag. Der Betrag spiegelt meist die Erkenntnis der lokalen Gesundheitskräfte wider, dass mehr verkaufte Arzneimittel auch mehr Anreizprämien bedeuten. Es fällt daher schwer, nicht von einigen unnötigen Verschreibungen auszugehen. Wenn ein so hoher Betrag unter dieser Zielgruppe erreicht werden kann, sollten wir in der Lage sein, den angemessenen Betrag auch auf einer Vorauszahlungsbasis einzunehmen und diese Mittel für eine Reihe von Gesundheitsleistungen zu verwenden, angefangen bei der ersten Untersuchung, und nicht nur für Arzneimittel.

4.4. Gesundheitsvorsorgefonds

Die sozial gerechte Gesundheitsfinanzierung mit Gesundheitsvorsorgefonds, sogenannten Health Equity Funds (HEFs), ist ein relativ neuer Mechanismus zur Deckung der Gesundheitskosten für die Ärmsten. Es handelt sich meist nicht um staatliche Sozialhilfezahlungen für Arme, sondern um Mittel, die über internationale Entwicklungspartner bereitgestellt werden. Internationale und lokale Nichtregierungsorganisationen (NRO) werden unter Vertrag genommen, um solche Fonds gezielt für arme Bevölkerungsgruppen zu verwirklichen; es ist also keine staatliche Maßnahme. Die zur alljährlichen Identifizierung der Armen aufgewendeten Mittel und die Verwaltungskosten der HEFs senken den für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Betrag erheblich, und diese Fonds sind meist begrenzt auf die Deckung der stationären Behandlung. Diese Finanzierung eignet sich nicht, um alle armen Familien zu decken, und die Weiterführung dieser Methode behindert auch die Entwicklung einer nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsministerien in Ländern mit niedrigem Einkommen. Die Regierungen erkennen, dass die internationalen Entwicklungspartner keine Garantie für die langfristige Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Arme sind – und dies auch nicht sein sollten.

4.5. Die Option der sozialen Krankenversicherung

Pour toutes ces raisons, la protection contre les risques liés au paiement des soins de santé. Aus all diesen Gründen erfordert der Schutz gegen die möglichen Kosten für die Gesundheitsversorgung im Ernstfall eine breitere Basis als die geringen Familienressourcen oder unter zu hohen Kosten geliehenes Geld oder im schlimmsten Fall den Erlös aus dem Verkauf von Familiengut, das Einkommen sichert. Dies lässt sich mit einer Versicherung erreichen, deren Kernelement darin besteht, regelmäßige und tragbare Beiträge zu bezahlen und die Risiken sozial breit zu streuen; das sind die gleichen Elemente, wie sie für andere Leistungen der sozialen Sicherheit zur Anwendung kommen.

Die Gesundheitsversorgung war in Wirklichkeit der erste formelle Zweig der sozialen Solidarität oder gegenseitigen Hilfe, wie aus dem ersten Sozialgesetz Bismarcks zur Errichtung

einer Krankenversicherung in Deutschland im Jahre 1883 zu ersehen ist, in dem die soziale Sicherheit wie folgt definiert wird:

„Schutz, den die Gesellschaft ihren Mitgliedern durch eine Reihe öffentlicher Vorkehrungen gewährleistet, um das Fehlen oder die erhebliche Reduktion des Arbeitseinkommens aufgrund verschiedener wirtschaftlicher oder sozialer Notlagen, namentlich Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Arbeitslosigkeit, Invalidität, Alter und Tod, auszugleichen.“

Die Gesetzgebung verlangte, dass (a) für Arbeitnehmer bestimmter Branchen, die weniger als einen bestimmten Betrag verdienen, die Pflicht zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse gilt und (b) dass die Kasse mit Pflichtbeiträgen der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber finanziert wird. Andere Länder folgten dem Beispiel mit ähnlichen Gesetzen, da eine obligatorische Krankenversicherung als die geeignete Antwort für die Erwartungen der Arbeitnehmer und ihrer Familien angesehen wurde. Dieser Trend entwickelte sich allerdings in Afrika südlich der Sahara nur sehr langsam.

Im nationalen Kontext waren die Regierungen bestrebt, eine soziale Krankenversicherung einzuführen, um zusätzliche Finanzen für das Gesundheitswesen zu erhalten. Anbieter von Gesundheitsleistungen im öffentlichen Sektor sind meist unterfinanziert, was zu niedrigen Löhnen, niedrigen Technologieniveaus und auch zu geringer Zufriedenheit der staatlichen und der Gesundheitsfachkräfte führt.

Private Anbieter treten auf, wo es Geld gibt, und werben die ohnehin schwer zu findenden Gesundheitsfachkräfte vom öffentlichen System ab. In kurzer Zeit steigen die Einkommen im Privatsektor, während die Qualität der Versorgung nicht unbedingt im gleichen Maß steigt. Das Resultat sind höhere Zahlungen aus der eigenen Tasche derjenigen, die sich eine solche Versorgung leisten können, aber keine höhere Finanzierung des öffentlichen Sektors – der für die große Bevölkerungsmehrheit weiter der Hauptanbieter bleibt.

In Ländern mit Arbeitsgesetzen, die vom Arbeitgeber verlangen, dass er die Gesundheitsversorgung abdeckt, da diese nicht in das System der sozialen Sicherheit integriert ist, suchen die Arbeitgeber immer häufiger nach Versicherungsmechanismen für Arbeitsunfälle und für die nicht arbeitsbezogene Gesundheitsversorgung. Einzelne Arbeitgeber wollen nicht mehr das gesamte Gesundheitsrisiko ihrer Mitarbeiter decken und suchen nach Möglichkeiten, um diese Risiken zu streuen. Wenn sie es sich nicht leisten können, diesen Schutz über kommerzielle, gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften bereitzustellen, interessieren sie sich stark für die soziale Krankenversicherung.

Und für die nun von Systemen der sozialen Sicherheit gedeckten Arbeitnehmer des formellen Sektors hat die Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewonnen. Die Gesundheitsversorgung

ist die Leistung, die gewöhnlich von allen Familienmitgliedern während des gesamten Lebenszyklus in Anspruch genommen wird, und zwar am häufigsten im Vergleich zu den Leistungen bei Mutterschaft, Invalidität, Alter und für Hinterbliebene. Die Erfahrung mit Drug Revolving Funds in Afrika hat gezeigt, dass die Betroffenen bereit sind, für die Gesundheitsversorgung zu bezahlen, wenn die Verfügbarkeit der Dienste garantiert wird. Eine wichtige Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte ist die Mikrokrankenversicherung und die Versicherung auf Gemeinschaftsbasis in Bevölkerungsgruppen, die aus den Systemen mit formellen Löhnen ausgeschlossen sind. Wie unten noch beschrieben wird, sind diese freiwilligen Initiativen auf dem Vormarsch sowohl als Gesundheitsschutz als auch bei der Beschaffung von Leistungen.

Aus Sicht des Sozialschutzes können wir die soziale Krankenversicherung als optimalen und nachhaltigen Mechanismus zusammenfassen, der Folgendes ermöglicht:

- des Bezahlbare, gerechte und progressive Beiträge von Haushalten und anderen Partnern;
- optimale Streuungsniveaus zur Verringerung der Risiken und Förderung der Solidarität unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Jung und Alt, hohe und niedere Einkommen, Stadt und Land);
- erhöhte Effizienz und Qualitätssicherung beim Einkauf von Gesundheitsleistungen;
- Beziehungen zwischen dem sozialen Krankenversicherungssystem, Anbietern und Mitgliedern, die Betrug und Missbrauch vorbeugen und den sinnvollen Einsatz der Gesundheitsversorgung fördern;
- Verbesserung bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen durch höhere Finanzressourcen und eine angemessenere Allokation dieser Ressourcen;
- Bereitstellung von Gesundheitsversorgung mit stärkerer Berücksichtigung der Patientenwünsche und höherer Zufriedenheit unter den Gesundheitsfachkräften; und
- einen erheblichen Schritt zur Ausweitung der Leistungen der sozialen Sicherheit für die Bevölkerung, was das Konzept des Sozialschutzes bereichert und zugleich die Gesundheit und Produktivität verbessert und die Armut infolge von Krankheit verringert

5. Was ist in der Zwischenzeit geschehen?

In Bezug auf die Deckung durch die Versicherung nutzt der Privatsektor jede Gelegenheit, um Einzelne und Gruppen dazu zu bewegen, Krankenversicherungen zu kaufen. Die Deckung der Gesundheitsleistungen wird eher von allgemeinen Versicherungsgesellschaften aus dem kommerziellen, gewinnorientierten Versicherungssektor als von Krankenversicherungssystemen angeboten. Diese Lebens- und Nicht-Lebensversicherungsgesellschaften sind bereit, gewisse Einbußen bei der Gesundheitsversorgung hinzunehmen, um Arbeitgeber, die hohe Löhne zahlen, als Kunden zu gewinnen. Die Prämien sind hoch und oft an das Risiko des Einzelnen gebunden, wenn der Arbeitgeber nicht Policen für Gruppen erwirbt. Die private gewinnorientierte

Krankenversicherung deckt gewöhnlich weniger als 2 Prozent der Bevölkerung und schafft außerdem eine weitere Ungerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

In Südafrika und Simbabwe wurde eine andere Form von privater Krankenversicherung entwickelt. Sie beruht auf dem traditionellen System der Hilfe auf Gegenseitigkeit, wobei medizinische, nicht gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften entstanden und sich bemühten, Arbeitnehmer mit niedrigen, mittleren und hohen Einkommen und ihre Familien zu decken. Dies ist eine Form der freiwilligen Versicherung, die Arbeitgeber und einzelnen Familien sind nicht gesetzlich verpflichtet, sich zu beteiligen. Die Deckung bleibt gering und erreicht 7 Prozent der Bevölkerung in Südafrika, vor allem Personen mit höheren Einkommen. Aber das ursprüngliche Konzept wird dadurch untergraben, dass die Prämien steigen, denn diese Systeme stützen sich immer mehr auf private, gewinnorientierte Gesundheitsdienste und verwenden kommerzielle Drittunternehmen für das Finanzmanagement.

Eine weitere und immer beliebtere Form der freiwilligen Versicherung ist die Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis oder Mikroversicherungssysteme, die von lokalen Einrichtungen wie Gemeinschaftsverbänden oder Genossenschaften aufgebaut wurden, oder auch von Gesundheitsleistungsanbietern. Die Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis (*Community-Based Health Insurance* – CBHI) will Schutz gegen Kosten für medizinische Versorgung für die Familien von Selbstständigen oder informell Beschäftigten bieten – gewöhnlich Personen, die aus dem formellen Sektor der Systeme der sozialen Sicherheit ausgeschlossen sind.

Pionier in diesem Bereich der Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis oder Mikroversicherung ist das 1986 gestartete Bwamanda-System, als das Bezirkskrankenhaus Bwamanda in einer ländlichen Gegend der Demokratischen Republik Kongo der Bevölkerung in seinem Einzugsgebiet die Mitgliedschaft in einem System mit Vorauszahlung anbot, um seine medizinischen Dienstleistungen zu nutzen, ohne zur Zeit der Nutzung bezahlen zu müssen. Die gut dokumentierten Berichte des Bwamanda-Systems erwähnen die Bereitschaft zu zahlen und die erheblichen vorhersehbaren Einkommen des Krankenhauses durch das System. Die Zahl solcher Systeme hat seither in Afrika, vor allem in den französischsprachigen Ländern, stark zugenommen. Die meisten befinden sich in ländlichen Gegenden und sind meist mit Gemeinschaftsvereinen und seltener mit Gesundheitsanbietern verbunden.

Obwohl das Interesse an der Versicherung auf Gemeinschaftsbasis bzw. der Mikroversicherung wächst, wird diese Art der Gesundheitsfinanzierung nicht richtig verstanden und erntet zurzeit mehr Kritik als Unterstützung. Einige Gesundheitsökonomien behaupten, dass kleine Krankenversicherungssysteme nicht nachhaltig seien und dass die Ausbreitung solcher Systeme Chaos bewirke und nicht eine kontrollierte und stabile Ausweitung der Deckung. Unzulängliche Verwaltungskapazitäten, das Fehlen eines Rahmens

für die Koordination zwischen den Systemen und begrenzte Gesundheitsleistungen wurden jeweils als wichtige Gründe für die langsame Verbreitung angeführt.

Es ist in der Tat schwierig, mehr als 50 Prozent der Bevölkerung auf lokaler Ebene durch diese freiwilligen und kleinen Systeme zu schützen. Die Hauptkomponenten wie Beitragssätze und Einzugsmechanismen sowie die Leistungen sind je nach System unterschiedlich, sodass Fusionen und die Übertragbarkeit von Ansprüchen sehr schwer zu erreichen sind. Den Systemen fehlt es oft an Verwaltungskapazität, um eine stete Ausweitung und finanzielle Tragfähigkeit zu sichern.

Trotz der Schwierigkeiten und der Anfälligkeit dieser Systeme sollte ihre Bedeutung nicht unterschätzt werden. Sie verhindern, dass viele Menschen wegen Gesundheitskosten in Armut geraten, und sie sorgen für die Bekanntmachung des Konzepts der Solidarität und der Notwendigkeit bezahlbarer sozialer Krankenschutzmechanismen für alle. Mit politischem Engagement und einer nationalen Politik, die Regeln und Richtlinien für die kontrollierte Ausweitung und den Zusammenschluss von Systemen vorsieht, kann die universelle Deckung Wirklichkeit werden. Dies bedarf einer Politik der Verknüpfung, wobei das System der sozialen Sicherheit des formellen Sektors die Deckung der Selbstständigen und informell Beschäftigten unterstützen oder gar übernehmen kann. Fallstudien zu dieser Verknüpfung wurden von der IVSS durchgeführt, die mit dem STEP-Programm des IAA und der Internationalen Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit (*Association internationale de la mutualité* (AIM)) arbeitete, und die Dokumentation bietet hervorragendes Material für die Konsolidierung des Prozesses.

Ruanda ist ein ausgezeichnetes Beispiel für diesen Prozess, und eine der Fallstudien beschreibt diese Erfahrung. Als Hauptteil der Reform von Ruandas Gesundheitssystem nach 1994 wurde 1999 ein landesweites unabhängiges Krankenversicherungssystem auf Gemeinschaftsbasis gestartet. Die Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit (*Mutuelles de santé*) deckt heute über 70 Prozent der Zielgruppe in allen Provinzen, und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist im Vergleich zu Zeiten mit Nutzungsgebühren deutlich gestiegen. Die Versicherungsbeiträge des gesamten Haushalts sind relativ niedrig, Verwaltungskosten werden unter 8 Prozent der Einnahmen gehalten, und für Notfälle wurde ein zentraler Reservefonds geschaffen. Abgesehen von ihrer Politik, der technischen Unterstützung und Überwachung fördert die Zentralregierung den Prozess auch durch ein Darlehen für jeden Bezirk. Das unmittelbare Ziel ist es, die Risikostreuung durch den Zusammenschluss mit dem System für Staatsbedienstete und mit der Krankenversicherung für Militärbedienstete zu erhöhen.

6. Wie können wir vorgehen?

Die Integration der medizinischen Versorgung in das Paket der sozialen Sicherheit kann die nötigen Veränderungen bewirken. Wie ganz zu Anfang dieses Beitrags bemerkt wurde, galt

bei Systemen der sozialen Sicherheit in afrikanischen Ländern die medizinische Versorgung bis vor Kurzem nicht als Priorität. Die Integration der Gesundheitsversorgung ist keine leichte Aufgabe, zumal die Systeme der sozialen Sicherheit mitunter keine Fachkenntnisse in Medizin oder Gesundheitsversorgung haben. Die Behandlung der medizinischen Aspekte von Arbeitsunfallprogrammen ist sicher nicht so komplex wie ein umfassendes Krankenversicherungssystem für alle Arbeitnehmer und ihre Angehörigen.

Die Initiative und Umsetzung der Entwicklung einer sozialen Krankenversicherung sollte nicht der alleinigen Verantwortung der Gesundheitsministerien überlassen werden. Wie bereits erwähnt, sind die Gesundheitsministerien heute stark interessiert an der Krankenversicherungslösung, aber sie verfügen nicht über die notwendigen institutionellen Fähigkeiten, um Bevölkerungsgruppen zu registrieren und Beiträge einzuziehen, die bei der Ausweitung der Deckung und der nachhaltigen Finanzierung eine zentrale Rolle spielen. Auch die erforderliche dreigliedrige Verwaltungsstruktur ist in vom Gesundheitsministerium verwalteten sozialen Krankenversicherungssystemen nicht leicht zu verwirklichen. Ein weiterer Punkt ist, dass es für Systeme der sozialen Sicherheit wesentlich einfacher ist als für das Gesundheitsministerium, Verträge mit Anbietern in öffentlichen sowie privaten Sektoren zu schließen.

Hier sind die Organisationen der sozialen Sicherheit gefragt, die Initiative zu ergreifen, die Partner zu bestimmen, angefangen beim Gesundheitsministerium, und einen ernsthaften und nachhaltigen Prozess der Integration der medizinischen Versorgung in die Systeme der sozialen Sicherheit zu starten. Dies sollte als eine Chance für die Systeme der sozialen Sicherheit verstanden werden, um den oben diskutierten Mehrwert zu erzielen, als eine Gelegenheit, das nationale Wachstum durch Sozialschutz zu verbessern und nicht nur das Wachstum eines Systems der sozialen Sicherheit. Es ist auch eine Gelegenheit für das Gesundheitsministerium, seine Verantwortung wahrzunehmen und die optimalen Methoden für die Gesundheitsfinanzierung für die Bevölkerung mit einem starken und zuverlässigen Partner zu entwickeln. Mit dem politischen Engagement der Regierung, einer klaren nationalen Politik und angemessener Lenkung der Interessengruppen, sodass sie zusammenarbeiten, ließen sich die Reihe schwieriger Themen oder Fragen bewältigen. Die wichtigsten Fragen in dem Prozess werden nachstehend skizziert:

6.1. Gibt es Voraussetzungen?

Angesichts der Dringlichkeit, eine stabile Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den meisten Ländern Afrikas südlich der Sahara zu erreichen, verbieten sich langwierige Studien, und viele notwendige Daten existieren bereits dank der in jüngsten Jahren durchgeführten Arbeiten. Anstatt neue Studien durchzuführen, ist es wichtiger, eine Gruppe von Experten auszubilden, damit sie das Wesen der sozialen Krankenversicherung verstehen. Es gibt viele Missverständnisse, angefangen bei der Behauptung, dass der Beitrag zur Deckung der Angehörigen und einer umfassenden Reihe von Leistungen so hoch würde, dass die

Lohnnebenkosten dadurch negativ beeinflusst würden. Systeme der sozialen Sicherheit, die die Leistungen der Gesundheitsversorgung einbezogen haben, taten dies mit einem moderaten Beitragssatz. Die ausgebildeten Experten, darunter verantwortliche Behördenmitarbeiter, die am Prozess beteiligt sein werden, sollten dann die Fähigkeit haben, wesentliche Lücken in den verfügbaren Daten zu erkennen und alle Quellen zu nutzen, um eine geeignete Grundhaltung, Politik und die gesetzlichen und regulatorischen Instrumente zu entwickeln. Diese Expertengruppe wird auch in der Lage sein, mit der zu erwartenden Opposition gegen die Integration der sozialen Krankenversicherung richtig umzugehen, die von privaten Versicherungen und privaten Gesundheitsanbietern kommt, die sich gewöhnlich früh in die Debatte einschalten.

Internationale Entwicklungspartner, einschließlich IAO, IVSS und WHO, sind bereit, im Bereich der sozialen Krankenversicherung technische Unterstützung zu bieten. Der Entwicklungsprozess muss jedoch von Anfang an ein nationaler Prozess sein, der von einem nationalen sektorenübergreifenden Team und nicht von einer oder zwei Personen geführt wird.

Das Team kann durch externe Berater geführt werden, aber die Akzeptanz des Produkts, die Analyse jedes der Vorschläge und das anschließende Treffen von Entscheidungen kann nur von lokalen Staatsangehörigen besorgt werden, die sich Wissen über die wichtigsten Fragen aneignen. Der letztendliche Erfolg des Systems hängt davon ab, wie viele gut informierte Personen vor Ort zu dem Prozess beitragen und die entsprechende Verantwortung übernehmen.

Eine weitere Voraussetzung ist natürlich das Bestehen eines Systems der Gesundheitsversorgung, das die Leistung erbringen kann, auf die der Versicherte dank seiner regelmäßigen Vorauszahlung Anspruch hat. Sehr wenige Länder verfügen über ein solches System, und es würde eindeutig zu weit führen, die Idealsituation zu entwickeln. Durch vermehrte Staatsinvestitionen in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung und in die Ausbildung angemessener Humanressourcen für Gesundheit und in die Zusammenarbeit zwischen dem sozialen Krankenversicherungssystem und Gesundheitsanbietern sind Schritte möglich, um von Anfang an die Bereitstellung von Leistungen zu sichern und Verbesserungen zu planen aufgrund der Zusicherung höherer Finanzierung aus Einnahmen der Krankenversicherung. Entscheidend ist häufig die Frage der Flexibilität bei der Nutzung von Krankenversicherungseinnahmen auf Anbieterebene, um die Einkommen der Mitarbeiter zu erhöhen und die Patientenbedingungen zu verbessern und so die Zufriedenheit zu steigern.

6.2. Welche Gesetzgebungsinstrumente sind nötig?

Sowohl die obligatorische als auch die freiwillige Krankenversicherung benötigen gesetzliche Instrumente, darunter Gesetze und Regulierungen, um eine wirksame Umsetzung sicherzustellen. Bestehende Arbeitsgesetze können einer Revision bedürfen, da die

Arbeitgeber neben den neuen Krankenversicherungsbeiträgen nicht weiter zur Zahlung für die nicht arbeitsbedingte Gesundheitsversorgung verpflichtet sein wollen. Organisationen der sozialen Sicherheit brauchen vielleicht nicht den ganzen Prozess des Entwurfs und der Verabschiedung eines Gesetzes, um die Gesundheitsversorgung zu integrieren, da die bestehenden Gesetze der sozialen Sicherheit in vielen Ländern die Hinzunahme neuer Leistungen und neuer Zielgruppen (wie Arbeitnehmer in kleinen Betrieben und Selbstständige) durch einfache Gesetzesänderungen ermöglichen. Änderungen sind wahrscheinlich in der Aufsicht und Lenkung nötig, um die angemessene Beteiligung von Fachleuten und Gesundheitsfachkräften zu gewährleisten. Zusätzliches Wissen und weitere Fähigkeiten in diesem Bereich können für bestehende Systeme der sozialen Sicherheit nur von Vorteil sein. Zwei Punkte sind hier wichtig:

- Wenn universelle Deckung das ausdrückliche politische Ziel ist, sollte der Gesetzgeber für besonders einkommensschwache und verwundbare Personen, die selbst keine Beiträge zahlen können, Netze der sozialen Sicherheit vorsehen oder eine Verbindung zu solchen; und
- die gesetzlichen Instrumente sind wesentlich, aber sollten nicht unbedingt Jahre zu ihrer Umsetzung benötigen. Das Gesetz sollte Grundsätze und Pflichten enthalten, während Komponenten, die regelmäßig angepasst werden müssen, in Verordnungen gehören.

6.3. Welche Gesundheitsleistungen sollten bereitgestellt werden?

Es besteht ein Trend, in einem neuen sozialen Krankenversicherungssystem einem „Mindestleistungspaket“ den Vorzug zu geben oder die Leistungen so zu begrenzen, dass sie „katastrophale Kosten“ decken, womit meist die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthaltes gemeint sind. Dies beinhaltet mehrere Probleme. Erstens, ein Versicherungssystem, das Leistungen anbietet, die von allen Familienmitgliedern mindestens einmal pro Jahr genutzt werden, kann für potenzielle Mitglieder sehr attraktiv sein. Die stationäre Krankenhausversorgung, die jedes Jahr nur von 5 bis 8 Prozent der gedeckten Bevölkerung genutzt wird, ist wesentlich weniger attraktiv. Wie die Erfahrung gezeigt hat, führt die Begrenzung auf die Krankenhausversorgung zu einer irrationalen Nutzung dieses Dienstes: Mitglieder werden die Inanspruchnahme aufschieben, bis die Schwere ihrer Erkrankung in der Tat einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Oder das System wird missbraucht, wenn Patienten stationär aufgenommen werden müssen, weil Leistungengedeckt sind, die auch auf ambulanter Basis erbracht werden könnten.

Zweitens ist die Begrenzung der Leistungen auf ein Mindestpaket an wesentlichen Grundversorgungsleistungen in Gemeinschaftseinrichtungen ungerecht. Wie überall sonst auf der Welt haben auch Afrikaner steigende Erwartungen an die Ergebnisse der medizinischen Wissenschaft und modernen Technologie. Die Wünsche der Versicherten nach Komfort und Würde bei Inanspruchnahme der Behandlung sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Afrikaner verdienen ein ausgewogenes Spektrum an Gesundheitsleistungen, das ihren gesundheitlichen, medizinischen und kulturellen Bedürfnissen entspricht.

Das Leistungspaket muss nicht jede verfügbare und sichere medizinische Technologie enthalten. Es kann der nötigen Kostenkontrolle für ein bezahlbares Beitragsniveau durch Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Vorbeugung, effiziente Überweisungsmechanismen und angemessenen Erwerb von Gesundheitsleistungen gerecht werden. Die Einbeziehung präventiver Leistungen heißt nicht, dass das Gesundheitsministerium seine Verantwortung für die Prävention von Krankheiten an das Versicherungssystem abtritt. Es bedeutet im Gegenteil, dass der Staat seine Verantwortung für die öffentliche Gesundheit so besser wahrnehmen kann, in Koordination mit der Verantwortung des Krankenversicherungssystems, gesundheitsförderndes Verhalten zu begünstigen und Krankheiten auf Ebene der Einzelperson und ihres Haushalts vorzubeugen.

Es besteht ein Trend, Leistungen auszuschließen, die als kostspielige Technologien gelten. Auch hier kann die effiziente Verwaltung des Systems Möglichkeiten finden, den Einsatz einer festgelegten Liste von kostenintensiven Leistungen durch Überweisungsmechanismen und das Management sinnvoller Reserven zu diesem Zweck zu begrenzen.

Die Kostenkontrolle erfolgt hauptsächlich über den Mechanismus der Bezahlung der Anbieter. Firmenverträge mit zugelassenen Gesundheitseinrichtungen und Mechanismen zur Bezahlung der Anbieter, die nicht auf dem Volumen der bereitgestellten Leistungen beruhen, sind hierzu wesentlich. Das heißt, der Mechanismus zur Bezahlung der Anbieter sollte die Qualität der Leistungen sichern und dabei unnötige Leistungen für die Versicherten vermeiden, die lediglich der Einnahmesteigerung des Anbieters dienen. Viele soziale Krankenversicherungssysteme stellen aus diesem Grund von Gebühren nach Leistung auf Kopfpauschalen und andere Zahlungsmethoden um. Jedes System der sozialen Sicherheit hat begrenzte Mittel, die von dem Pool der Versicherten und der Einhaltung der Beitragspflicht abhängen, und die Beiträge können nicht einfach wegen Ineffizienz oder zu starker Inanspruchnahme der gedeckten Leistungen erhöht werden.

Eine relevante Frage bei der Festlegung der Leistungen ist, ob HIV/AIDS gedeckt werden soll, denn die derzeit hohe Häufigkeit von HIV/AIDS kann eine echte Herausforderung für die finanzielle Tragfähigkeit der Bereitstellung umfassender Leistungen werden. Es wäre äußerst unangemessen, präventive Leistungen oder die Akutversorgung von auftretenden Infektionen bei Versicherten auszuschließen, die HIV-positiv sind oder bei denen eine HIV/AIDS-Diagnose gestellt wurde. Die wirklich hohen Kosten der Leistungen für HIV/AIDS-Patienten verursachen die Antiretrovirenbehandlungen (ARVs), die, wenn sie wirken, oft für lange Zeiträume benötigt werden. Heute stellen der Global Fund und andere internationale Geber diese Arzneimittel durch Gaben für stark belastete Länder zur Verfügung. Aber wie bei der Bereitstellung von Mitteln zur Behandlung von Tuberkulose und Malaria durch den Global Fund, werden diese Medikamente erst gegeben, wenn die Diagnose bereits gestellt ist. Das

Fehlen des Zugangs zur Grundversorgung und die Fristen bis zur Entdeckung und Diagnose beider Krankheiten führt zu drei unerwünschten Trends:

- Zunehmende Schwere der Krankheit bei Einzelpersonen;
- Weiterverbreitung der Krankheit bei anderen Personen; und
- zunehmende Invalidität und vorzeitige Sterblichkeit infolge dieser Krankheiten..

Die sozialen Krankenversicherungssysteme müssen daher Partnerschaften mit Agenturen eingehen, die heute HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria behandeln. Abgesehen von der Finanzierung der Prävention und der ARVs wäre auch eine Form des Zusammenlegens zumindest eines Teils der Ressourcen dieser Agenturen zur Unterstützung für die Beiträge von Familien nützlich, die mit HIV/AIDS leben und möglicherweise nicht in der Lage sind, Beiträge zu zahlen.

6.4. Wie lange wird es dauern, bis die ganze Bevölkerung gedeckt ist?

Es ist nicht möglich, die gesamte Bevölkerung sofort oder kurzfristig zu decken, selbst wenn Politik und Gesetzgebung ausdrücklich eine universelle Deckung verlangen. In einem bestehenden Pflichtversicherungssystem der sozialen Sicherheit ist es selbstverständlich leichter, mit denen zu beginnen, die bereits durch Renten oder andere Zweige gedeckt sind. Die Integration der Gesundheitsversorgung kann nämlich eine signifikante Ausweitung dieser Gruppe bewirken, wenn zum Beispiel die Deckung auf Arbeitnehmer in kleineren Betrieben, die bisher nicht gedeckt sind, ausgeweitet wird. Wenn es ein System für Staatsbedienstete gibt, könnte die Ausweitung auf Lohnarbeitnehmer im Privatsektor erfolgen. Wenn das System der sozialen Sicherheit bisher nur die Privatwirtschaft deckt, könnte sich eine Gelegenheit bieten, mit der Regierung eine Deckung der Staatsbediensteten auszuhandeln. Auf jeden Fall sollte die Gesundheitsleistung den Arbeitnehmer und seine Angehörigen decken. Regierungen erklären manchmal, dass sie die Verantwortung für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Kindern behalten wollen. In einem unterfinanzierten Gesundheitssystem bedeutet dies, dass die Versorgung der Kinder weiter unterfinanziert sein wird. Es ist weder möglich noch wünschenswert, nur Arbeitnehmer zu schützen, und universelle Deckung lässt sich nicht erreichen, wenn man jede Person als eigene Einheit deckt.

Die Ausweitung der Deckung auf Selbstständige und den informellen Sektor ist komplexer. Wenn die freiwillige soziale Krankenversicherung durch Mikroversicherungen auf Gemeinschaftsbasis in einem Land bereits gestartet wurde, lautet die Herausforderung, diese Systeme zu stärken und das Bewusstsein der Vorteile einer Mitgliedschaft zu fördern. Dieser Prozess kann viele Jahre dauern oder durch zentrale Unterstützung verkürzt werden, u.a. durch technische Unterstützung von bestehenden Systemen der sozialen Sicherheit, bis die gesamte Bevölkerung durch das Pflichtsystem gedeckt wird. Universelle Deckung erfordert auch vom Staat, dass er sich für ein soziales Sicherheitsnetz engagiert, um die nicht

erwerbstätige Bevölkerung und andere verwundbare Personen und Familien zu decken. Der Prozess zur Erlangung universeller Deckung benötigt auch eine klare Politik in Bezug auf Teilziele und Zeitrahmen für die Deckung jeder Bevölkerungsgruppe, die sich nach Art der Beschäftigung, der Mitgliedschaft in zivilgesellschaftlichen Gruppen und Genossenschaften oder geografischen Gebieten ordnen lässt.

Schlussbetrachtung

Im IAA-Bericht *Agenda für menschenwürdige Arbeit in Afrika: 2007-2015 (The Decent Work Agenda in Africa: 2007–2015)* heißt es:

„Die größte Herausforderung für den Sozialschutz in Afrika ist die Ausweitung der sozialen Sicherheit, um sicherzustellen, dass die Menschen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und ein Mindestniveau an Einkommenssicherheit genießen. Nur so wird es möglich sein, das in Artikel 22 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verankerte Recht auf soziale Sicherheit auf dem afrikanischen Kontinent zu einer Realität zu machen. Die Verstärkung der Bemühungen zur Bereitstellung eines grundlegenden Sozialschutzes ist daher ein gangbarer Weg zur Verringerung von Armut und Unsicherheit in afrikanischen Ländern südlich der Sahara.“

Wie wir gesehen haben, liegt die medizinische Versorgung in Afrika weit zurück – und keineswegs wegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria, und die Agenda für menschenwürdige Arbeit fasst zusammen, was zu tun ist.

Die reibungslose Entwicklung und Integration der Gesundheitsversorgung erfordert sowohl politische als auch technische Komponenten und muss die aktuelle und potenzielle Rolle aller Interessengruppen berücksichtigen. Das Konzept und die Ziele müssen gut verstanden werden, und politische und sozioökonomische Stabilität dürften gewährleisten, dass diese Politik auch nach einem Regierungswechsel weiterverfolgt wird. Höhere Mittel für die Gesundheitsversorgung durch eine soziale Krankenversicherung soll nicht bedeuten, dass ein Staat über das Gesundheitsministerium weniger für die Gesundheitsversorgung ausgeben soll. Im Gegenteil: Die Gesundheitsministerien müssen die Ressourcen für Gesundheit einschließlich der Finanzmittel in fast jedem Land Afrikas erhöhen.

Wir haben keine Instrumente, um Gerechtigkeit bei der Gesundheit zu erreichen. Wir haben jedoch die Instrumente, um Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung über Sozialschutz, einschließlich der sozialen Krankenversicherung, zu erreichen, sodass Afrika in Gesundheitsfragen nicht zurückstehen muss und sich aus dem Teufelskreis von Armut und schlechter Gesundheit befreien kann. Systeme der sozialen Sicherheit zählen zu den mächtigsten Organisationen in jedem Land – sie haben politische Unterstützung und institutionelle Strukturen, um die Gesundheitsversorgung dem Spektrum angebotener

Leistungen hinzuzufügen und diese Leistung sogar noch auf Selbstständige und den informellen Sektor auszuweiten oder anzufangen auszuweiten.

Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B. 1992. „Health insurance in developing countries: Lessons from experience“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 7, Nr. 3, S. 215-226.
- Abel-Smith, B.; Rawal, P. 1992. „Can the poor afford "free" health care: A case study of Tanzania“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 7, Nr. 4, S. 329-41,
- Arhin, D. C. 1995. „Health insurance in rural Africa“, in *The Lancet*, Nr. 345, S. 435-444.
- Atim, C. 1998. „The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access in health care in West and Central Africa: Synthesis of research in nine countries“, in *PHR Reports*, Nr. 18.
- Carrin, G.; Desmet; Basaza, R. 2000. „Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit organizations“, in X. Scheil-Adlung, Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit, *Building social security: The challenge of privatization*. Piscataway, NJ, Transaction Publ. <<http://www.wpro.who.int/NR/ronlyres/02A6ADBE-FF59-4640-A1DE-3304A00AF5C9/0/buildingsocialsecutiryXeniaScheilAdlung.doc>> (eingesehen am 18.05.2009).
- Castillo-Riquelme, M.; McIntyre D.; Barnes, K. 2008. „Household burden of malaria in South Africa and Mozambique: Is there a catastrophic impact?“, in *Tropical Medical International Health*, Januar, Nr. 13, S. 108-122.
- Chaora, M. 1997. *Health insurance development in Zimbabwe* (Case study). Harare, CIMAS Medical Aid Society.
- CIA. Ohne Jahr. *World Fact Book*. Washington, DC, Zentraler Nachrichtendienst.
- Criel, B.; Van der Stuyft, P.; Van Lemberghe, W. 1999. „The Bwamanda Hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns“, in *Social Science & Medicine*, Nr. 48, S. 897-911.
- Gbossa, L.; Gauthé, B. 2002. *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development* (ESS Paper, Nr. 12). Genf, IAA – SOCPOL.
- Geest, S. van der. 1992. „Is paying for health care culturally acceptable in sub-Saharan Africa?“, in *Social Science & Medicine*, Bd. 6, Nr. 32, S. 667-673.
- Gilson, L.; Mills, A. 1995. „Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years“, in *Health Policy*, Nr. 32, S. 215-243.
- Gilson, L. 1997. „The lessons of user fee experience in Africa“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 12, Nr. 4, S. 273-285.
- Gilson, L.; McIntyre, D. 2007. „Post-apartheid challenges: Household access and use of health care in South Africa“, in *International Journal of Health Services*, Nr. 37, S. 673-691.

- Ginneken, W. van. 2002. *Extending social security: Policies for developing countries* (ESS Paper, Nr. 13). Genf, IAA – SOCPOL.
- Internationales Arbeitsamt. 2002. *Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genf, IAA – STEP.
- . 1999. *Health micro-insurance: The Abidjan platform*. Genf, IAA – STEP.
- . 2007. *The decent work agenda in Africa: 2007-2015* (Report of the Director-General, 11th African Regional Meeting, Addis Ababa, April). Genf, IAA. <http://www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/Officialdocuments/Director-Generalsreports/lang--en/docName--WCMS_082282/index.htm> (eingesehen am 18.05.2009).
- Logie, D. E.; Rowson, M.; Ndagije, F. 2008. „Innovations in Rwanda's health system: Looking to the future“, in *Lancet*, Nr. 372, S. 256-261.
- Mathers, C.; Loncar, D. „Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030“, in *PLoS Medicine*, Bd. 3, Nr. 11.
- McIntyre, D.; Mooney, G. 2007. *The economics of health equity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Moens, F. 1990. „Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone“, in *Social Science & Medicine*, Bd. 30, Nr. 12.
- Musango, L.; et al. 2006. „Rwanda's health system and sickness insurance schemes“, in *International Social Security Review*, Bd. 59, Nr. 1.
- Nyonator, F.; Kutzin, J. 1999. „Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 14, Nr. 4, S. 329-341.
- Ron, A.; Abel-Smith, B.; Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries: The social security approach*. Geneva, ILO.
- Ron, A.; Scheil-Adlung, X. (Hrsg.): 2001. *Recent health policy innovations in social security* (International Social Security Series, Bd. 5). Piscataway, NJ, Transaction Publ.
- Russell, S.; Gilson, L. 1995. *User fees at government health services: Is equity being considered?* (PHP Publication, Nr. 15). London, School of Hygiene and Tropical Medicine.
- SSA; ISSA. 2007. *Social security programs throughout the world: Africa*. Washington, DC, Verwaltung für soziale Sicherheit.
- Waddington, C.; Enyimayew K. 1989. „A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana“, in *International Journal of Health Planning and Management*, Nr. 4, S. 17-47.
- Weaver, M.; et al.. 1994. „Prospects for reform of hospital fees in Sub-Saharan Africa: A case study of Niamey National Hospital in Niger“, in *Social Sciences & Medicine*, Bd. 38, Nr. 4, S. 565-574.

Weltgesundheitsorganisation. 2000. „Who pays for health systems?“, in *World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Genf, WHO. <http://www.who.int/whr/2000/en/whr_00_ch5_en.pdf> (eingesehen am 18.05.2009).

Weltgesundheitsorganisation. 2005. *Social health insurance: Selected case studies from Asia and the Pacific*. WHO Regionalbüros Südostasien und westlicher Pazifik. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8EE02A82-B0EF-4EE3-B635465A7C67794D/0/searpno42.pdf>> (eingesehen am 18.05.1009).

Einleitung

Die Teilnehmer am Regionalforum für soziale Sicherheit sind in erster Linie Direktoren von Systemen der sozialen Sicherheit, von denen die meisten noch keine Gesundheitsleistungen eingeführt haben. In zahlreichen Ländern wird jedoch die Einführung von Gesundheitsleistungen in Betracht gezogen, und dies stellt eine große Herausforderung für die laufenden Reformen oder Änderungen dar, die derzeit in den Systemen der sozialen Sicherheit in Afrika im Gang sind.

Die wichtigsten Themen betreffen folgende Fragen:

1. Ist die Gesundheitsversorgung wichtig?
2. Worin besteht der Mehrwert einer Gesundheitsversorgung in einem System der sozialen Sicherheit?
3. Warum wurde die Gesundheitsversorgung bisher noch nicht in die Systeme der sozialen Sicherheit einbezogen?
4. Welche Möglichkeiten gibt es, die Finanzierung für die Gesundheitsversorgung zu erhöhen?
5. Was ist in der Zwischenzeit geschehen?
6. Wie können wir weitermachen?

1. Ist die Gesundheitsversorgung wichtig?

Es steht außer Frage, dass die Gesundheit wichtig ist – für den Einzelnen, die Familie, die Gemeinschaft, die Nation und auf globaler Ebene. Systeme der sozialen Sicherheit anerkennen das Konzept, wonach jede Person einen eigenen Anspruch hat. Wenn es keinen Mechanismus zum Schutz der Gesundheit des Einzelnen gibt, sehen wir die Auswirkungen dieses Mankos sofort auf Einzel- und Familienebene. Ein Elternteil kann zugunsten der ärztlichen Versorgung eines Kindes oder eines älteren pflegebedürftigen Verwandten auf die Inanspruchnahme von Pflege verzichten. Und doch stellen wir auf nationaler Ebene einen Widerspruch fest zwischen der Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, und den Mitteln, die dem Gesundheitsschutz zugewiesen werden.

Weltweit entsteht enorme Beunruhigung, wenn Infektionskrankheiten auftreten – oder wiederauftreten – und zu einer grenzenüberschreitenden Bedrohung werden, wie wir an der Aufmerksamkeit und den Mitteln sehen können, die jüngst dem schweren Atemwegssyndrom SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) und der Vogelgrippe zuteil wurden. Dank großen internationalen Geldgebern wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und der Bill-Gates-Stiftung stehen Millionen von Dollar zur Verfügung, um die Ausbreitung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose zu verhindern – alles Infektionskrankheiten, die durch globale Tätigkeiten Grenzen überwunden haben. In Afrika sterben mehr Frauen an den Komplikationen einer Schwangerschaft und Geburt als an einer dieser drei Krankheiten, aber es werden bei Weitem nicht genug internationale und

nationale Mittel zugunsten von Schwangerschaft und Geburt eingesetzt – die keine grenzüberschreitende Bedrohung darstellen.

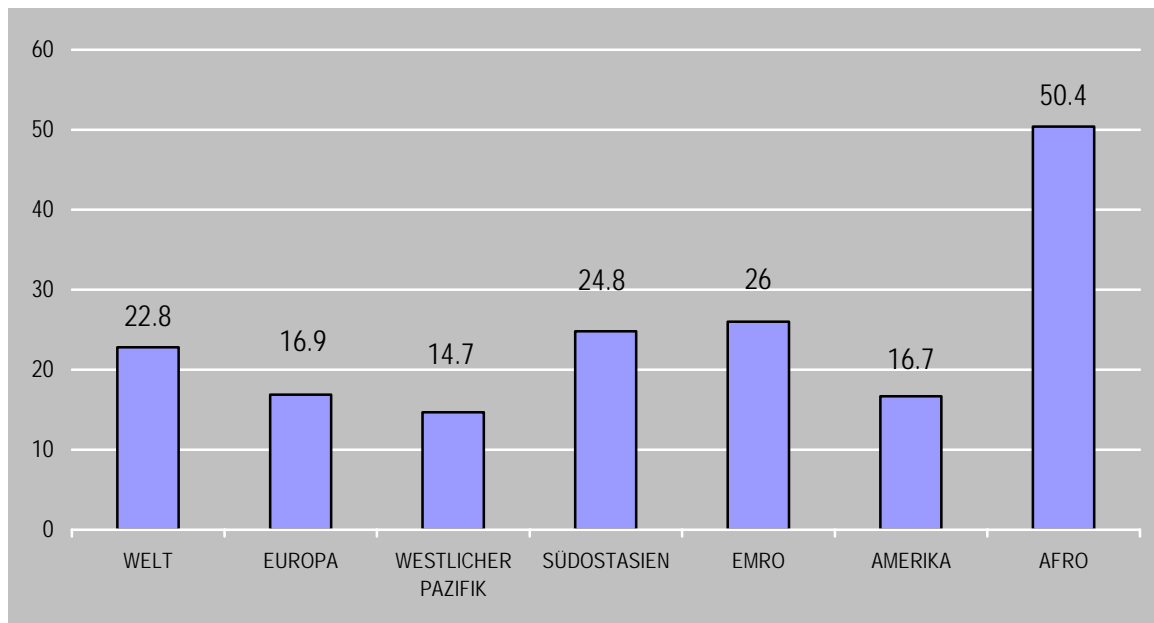
Um wieder auf den regionalen Kontext zurückzukommen: In Afrika liegen der Gesundheitszustand und die Systeme der Gesundheitsversorgung deutlich hinter den anderen Ländern der Welt zurück. Die Lebenserwartung ist in Ländern des afrikanischen Kontinents am niedrigsten. In einer Liste mit Schätzungen zur Lebenserwartung, die von der CIA-Staatsbibliothek für 2008 erstellt wurde, liegen die 38 letztplatzierten Länder südlich der Sahara. In vier dieser Länder liegt die Lebenserwartung unter 40 Jahren und in 20 weiteren zwischen 40 und 50 Jahren. Am anderen Ende des Spektrums beträgt in 20 Ländern, darunter Japan, Singapur, Kanada und Frankreich, die Lebenserwartung zwischen 80 und 83 Jahren, was 30 bis 40 Jahre mehr ist als in den meisten afrikanischen Ländern.

Ein deutlicherer Indikator für uns ist DALY (Disability Adjusted Life Years) – „behinderungsbereinigte“ Lebensjahre. Dies ist eine Maßzahl für die Gesundheitskluft und meint die Jahre, die wegen vorzeitigen Todes oder Behinderung infolge Krankheit verloren gehen. Die Gesamtzahl der verlorenen Jahre spiegelt also den Verlust an produktiven und gesunden Jahre infolge Krankheit. Ein DALY steht für den Verlust eines Jahres bei voller Gesundheit. Schaubild 1 unten zeigt die sehr markante Gesundheitskluft in Afrika auf, im Vergleich zu den DALYs anderer Regionen oder zu wegen Krankheit verlorenen Jahren pro 1000 Einwohner. Tabelle 2 nennt die Prozentanteile der DALYs für drei Hauptgruppen und gibt die Belastung durch Erkrankung (Burden of Disease – BOD) für jede Gruppe an:

- Ansteckende Krankheiten, mutterschafts-, geburts- und ernährungsbedingte Probleme, worunter auch Infektions- und Parasitenkrankheiten fallen.
- Nicht ansteckende Krankheiten (Non-Communicable Diseases – NCDs), worunter auch chronische Erkrankungen wie Krebs, Herzerkrankungen und Diabetes fallen.
- Verletzungen, darunter Straßen- und Arbeitsunfälle, und mutwillige Verletzungen wie selbst verschuldete Verletzungen, Gewalt und Krieg.

Vorliegend werden die Daten nach Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verglichen, AFRO meint in der Hauptsache Länder südlich der Sahara, während einige afrikanische Länder zum östlichen Mittelmeergebiet („EMRO“) zählen.

Schaubild 1. Behinderungsbereinigte Lebensjahre /1000 Einwohner nach Region, 2005.



Quelle: DALYs nach Alter, Geschlecht und Ursache für das Jahr 2005, Health Statistics and Health Information Systems, Weltgesundheitsorganisation, www.who.int/healthinfo/bod Daly

Schaubild 1 zeigt, dass in den 44 Ländern der AFRO-Region etwas mehr als 50 Jahre pro 1000 Einwohner verloren gehen. Diese Zahl ist mehr als doppelt so hoch als der weltweite Durchschnitt und doppelt so hoch wie derjenige der Länder in der Region Südostasien, zu der Indien gehört.

Diese Situation in den meist südlich der Sahara gelegenen afrikanischen Ländern kann nicht allein HIV/AIDS zugeschrieben werden, obwohl es eine enorme Belastung darstellt. Anhand von Tabelle 1 können wir sehen, dass in den AFRO-Ländern 71,5 Prozent der DALYs auf die erste Gruppe entfallen – ansteckende Krankheiten, mutterschafts-, geburts- und ernährungsbedingte Probleme. Auch hier ist die Zahl wieder doppelt so hoch als der Weltdurchschnitt und wesentlich höher als jene in den Ländern Südasiens. Auf HIV/AIDS, das in diese erste Gruppe fällt, entfallen 16,3 Prozent aller DALYs, und wir müssen uns fragen, welchen anderen Krankheiten der ersten Gruppe die restliche Belastung zuzuschreiben ist. Hier finden wir Tuberkulose und Malaria aber auch Kinderkrankheiten, gegen die es Schutzimpfungen gibt: Keuchhusten, Kinderlähmung, Diphtherie, Masern und Wundstarrkrampf.

Tabelle 1. Prozentsatz der „behinderungsberinigten“ Lebensjahre/1000 Einwohner nach Krankheits-/Problemgruppe, 2005

WHO-Region	Gruppe 1 gesamt Ansteckend, mutterschafts-, geburts- oder ernährungs- bedingt (%)	HIV/ AIDS (%)	Malaria (%)	mutterschafts- bedingt (%)	Gruppe 2: Nicht ansteckende Krankheiten (%)	Gruppe 3: Verletzungen (%)
AFRO	71,5	16,3	8,6	3,2	19,2	9,0
Amerika	7,4	2,4	0,8	1,1	69,4	13,9
EMRO	43,7	0,9	1,0	2,9	43,4	12,9
Südostasien	39,0	3,0	3,5	2,3	47,1	13,9
Westlicher Pazifik	17,3	1,1	1,6	0,9	68,3	14,4
Europa	9,5	2,0	0,1	0,4	77,2	13,3
Welt	38,5	5,6	2,3	2,0	49,0	12,5

Auf Malaria entfallen 8,6 Prozent der Belastung durch Krankheiten in den AFRO-Ländern. Die Belastung ist 2,5 Mal so hoch wie in Südostasien und 5 Mal so hoch wie in Westpazifikländern, zu denen auch Länder mit viel Malaria zählen. Bei rechtzeitigem Zugang zur richtigen medizinischen Versorgung gibt es keinen Grund, dass so viele Afrikaner an Malaria sterben. Durch den Einsatz mehrerer internationaler Agenturen wie Global Fund werden wirksame Arzneimittel bereitgestellt. Die Frage ist, ob sie zu den Gesundheitszentren gelangen und ob finanzielle Barrieren den Patienten den Zugang zu diesen Gesundheitszentren erschweren.

Auf mutterschaftsbedingte Probleme entfallen 3,2 Prozent aller DALYs in AFRO-Ländern, aber nur 0,4 Prozent in EURO-Ländern, was belegt, dass diese Probleme zum größten Teil vermieden werden können. EURO-Länder umfassen nicht nur die Industrienationen Westeuropas, sondern auch Osteuropa und zentralasiatische Republiken, die früher zur Sowjetunion gehörten.

Die Probleme in der ersten Gruppe lassen sich weitgehend vermeiden, einige durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen wie die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser und von sanitären Einrichtungen und andere durch geeignete persönliche Gesundheitspflege, was wirksame Präventionsmaßnahmen und den rechtzeitigen Einsatz geeigneter medizinischer Technologien beinhaltet. Der fehlende Zugang zu Gesundheitsversorgung infolge mangelnder Finanzierung des Gesundheitssystems und anderer Finanzbarrieren für die Inanspruchnahme von Leistungen ist in vielen Ländern Afrikas ein wesentliches Hindernis für die Behandlung dieser Gruppe von Gesundheitsproblemen.

Laut Studien und Dokumentationen ist die späte oder aufgeschobene Versorgung der Hauptgrund für Komplikationen und Tod bei den Krankheitsursachen der ersten Gruppe. In

vielen Teilen dieser Länder dürfen wir die Frage des konkreten Zugangs zur Gesundheitsversorgung nicht vernachlässigen. Entfernung, Anreisezeit und Kosten sind echte Probleme, aber noch belastender sind die möglichen finanziellen Folgen der Versorgung. Selbst wenn nach einem Tag Fußmarsch die Versorgung im Bezirkskrankenhaus kostenlos erfolgt, kann die Angst vor dem Lohn- oder Einkommensverlust für die zwei oder mehr benötigten Tage die Menschen davon abhalten, Pflegedienste in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 1 zeigt, dass in den AFRO-Ländern 19,2 Prozent der DALY auf nicht ansteckende Krankheiten (NCD) entfallen. Bei der Zunahme der NCDs stehen diese Länder also vor einer Doppelbelastung durch Krankheit. Die chronischen Krankheiten sind nicht unbedingt die Folge von Kinderkrankheiten. Sie sind öfter das Ergebnis sich wandelnder Lebensgewohnheiten, wenn die Gesellschaft oder ein Teil davon wohlhabender wird. In den afrikanischen Ländern gibt es immer mehr solcher Probleme, die mit häufigerem Auftreten bestimmter Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und fehlender körperlicher Bewegung in Verbindung stehen. Unter der Annahme, dass die derzeitigen Mitglieder der Systeme der sozialen Sicherheit in vielen afrikanischen Ländern die besser verdienenden Arbeitnehmer des Landes sind und dass Invalidenleistungen bezahlt werden, muss die Gesundheitsversorgung eine Zunahme der NCDs, insbesondere von Diabetes, Herzerkrankungen und Krebs verhindern und somit der Invalidität, die daraus folgt. Den Komplikationen bei hohem Blutdruck und Diabetes kann vorgebeugt werden, wenn die Risikofaktoren, einschließlich Übergewicht, schon in einem frühen Stadium kontrolliert werden.

Tabelle 1 zeigt auch den enormen Mangel an Gerechtigkeit in der Gesundheit anhand eines Indikators, der die Auswirkungen früher Sterblichkeit und Invalidität auf das Arbeitsleben und die Produktivität widerspiegelt, die ausschlaggebend sind für die Sozialentwicklung und die Nachhaltigkeit von Systemen der sozialen Sicherheit.

2. Worin besteht der Mehrwert der Gesundheitsversorgung in einem System der sozialen Sicherheit?

Die Gesundheitsversorgung ist eine kurzfristige Leistung, und die meisten Versicherten und ihre Angehörigen nutzen diese Leistung mindestens einmal pro Jahr: Etwa 85 Prozent werden als ambulante Patienten einen Arzt oder eine Krankenschwester aufsuchen und etwa 5 bis 8 Prozent bedürfen stationärer Versorgung im Krankenhaus. Im vorherigen Abschnitt wurde der Gesundheitszustand und die Belastung durch Krankheit in Afrika untersucht. Diese Zahlen beinhalten einen enormen nicht befriedigten Bedarf an Gesundheitsversorgung, und ein Durchschnitt von mindestens zwei Arzt- oder Krankenschwesterbesuchen pro Jahr für die gesamte Bevölkerung wäre eine bedeutende Errungenschaft.

Eine 30-jährige berufstätige Mutter ist wahrscheinlich stärker besorgt darüber, ob ihre Familie eine Gesundheitsversorgung hat, als darüber, ob sie in 30 Jahren eine Rente beziehen kann, selbst wenn sie für diese ganze Zeit bis zum Ruhestand eine Beschäftigungsgarantie hätte und

selbst wenn der Wert dieser Rente garantiert wäre und keine Teuerung oder abnehmende Kaufkraft drohte. Insbesondere betroffen sind Einzelpersonen, wenn sie im Krankheitsfall mit unvorhersehbaren finanziellen Belastungen konfrontiert sind, weil sie weder Art noch Umfang oder Kosten der Dienstleistungen kontrollieren können.

Wenn ein System der sozialen Sicherheit nun die Gesundheitsleistungen einschließt, würde eine Mitgliedschaft attraktiver und die Bereitschaft zur Bezahlung von Beiträgen würde sich verbessern, denn die Mitglieder wollen sicher sein, dass sie geschützt sind und bleiben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Beiträgen und Bedarf. In einem Rentensystem erfolgen Zahlungen aufgrund des Einkommens (als Prozentsatz des Lohnes), und das Gleiche gilt für die Leistung. Mitglieder dürften nicht zufrieden sein, wenn der gemeldete Lohn niedriger ist als der tatsächliche Lohn. In der Krankenversicherung erfolgen die Zahlungen auch aufgrund des Einkommens, während sie je nach Bedarf in Anspruch genommen wird. Man könnte daher annehmen, dass die Mitglieder es dem Arbeitgeber nicht verübeln, wenn er ihre Löhne zu niedrig angibt. Wenn die beiden Systeme jedoch miteinander verhängt sind, gilt für beide die gleiche Beitragsbasis – während also die Gesundheitsversorgung die Einhaltung der Bestimmungen bei der Anmeldung und Aufrechterhaltung des Anspruchs fördert, begünstigen langfristige Leistungen wie Renten und Invalidenrenten die Einhaltung der Bestimmungen bei der Meldung des Lohnes oder Einkommens.

Der zweite Mehrwert der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit sowie die Produktivität und Entwicklung, die mit guter Gesundheit einhergehen. Kranke Erwachsene erreichen ein Stadium, das sich negativ auf ihre Produktivität auswirkt – sie haben mehr Fehlzeiten durch Krankheit, mehr Anträge auf Invalidenleistungen, und letztendlich hören sie ganz auf zu arbeiten, was auch heißt, dass sie keine Beiträge mehr entrichten. Junge Mütter, die bei der Geburt eines Kindes sterben, hinterlassen Witwer und Waisen mit mehr Betreuungsbedürfnissen zu Hause. Schulkinder, die sich wegen Mangelernährung nicht auf ihre Schularbeit konzentrieren können, werden keine höhere Ausbildung und Qualifizierung für die in Entwicklungsländern gebrauchten Fähigkeiten absolvieren. Und Kinder, die sterben, bevor sie das Schulalter erreichen, werden bei den Arbeitskräften in der nächsten Generation fehlen. Und sie alle werden die Ausweitung der Deckung durch die soziale Sicherheit verringern und zugleich neue Nachfrage nach Krankengeldleistungen und Invalidenbeihilfen sowie Arbeitslosenleistungen schaffen, sofern es welche gibt.

Ein dritter Mehrwert wird durch Verbesserungen im System der Gesundheitsdienste geschaffen. Verträge zwischen Systemen der sozialen Krankenversicherung und Dienstleistern sorgen direkt für vorhersehbare Geldmittel im Anbietersystem, was die Qualität der Versorgung verbessern sollte. Ein soziales Krankenversicherungssystem hat als Einkäufer von Gesundheitsleistungen wesentlich mehr Macht als der einzelne Patient. Das Versicherungssystem ist auch verpflichtet, die Qualität seiner Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, während die Anbieter ebenso wie das Versicherungssystem rasch verstehen,

dass die Mitglieder nicht bereit sind, regelmäßig Prämien zu zahlen, wenn die Patientenzufriedenheit nicht gesteigert wird. Daher dürfte die gegenseitige Verpflichtung zwischen den Mitgliedern, die für Gesundheitsleistungen im Voraus zahlen, und dem System sowie den Anbietern die Qualität der Leistungen verbessern und aufrechterhalten.

Die Gesundheitsversorgung ist eine kurzfristige Leistung, und die meisten Versicherten und ihre Angehörigen nutzen diese Leistung mindestens einmal pro Jahr: Etwa 85 Prozent werden als ambulante Patienten einen Arzt oder eine Krankenschwester aufsuchen und etwa 5 bis 8 Prozent bedürfen stationärer Versorgung im Krankenhaus. Im vorherigen Abschnitt wurde der Gesundheitszustand und die Belastung durch Krankheit in Afrika untersucht. Diese Zahlen beinhalten einen enormen nicht befriedigten Bedarf an Gesundheitsversorgung, und ein Durchschnitt von mindestens zwei Arzt- oder Krankenschwesterbesuchen pro Jahr für die gesamte Bevölkerung wäre eine bedeutende Errungenschaft.

Eine 30-jährige berufstätige Mutter ist wahrscheinlich stärker besorgt darüber, ob ihre Familie eine Gesundheitsversorgung hat, als darüber, ob sie in 30 Jahren eine Rente beziehen kann, selbst wenn sie für diese ganze Zeit bis zum Ruhestand eine Beschäftigungsgarantie hätte und selbst wenn der Wert dieser Rente garantiert wäre und keine Teuerung oder abnehmende Kaufkraft drohte. Insbesondere betroffen sind Einzelpersonen, wenn sie im Krankheitsfall mit unvorhersehbaren finanziellen Belastungen konfrontiert sind, weil sie weder Art noch Umfang oder Kosten der Dienstleistungen kontrollieren können.

Wenn ein System der sozialen Sicherheit nun die Gesundheitsleistungen einschließt, würde eine Mitgliedschaft attraktiver und die Bereitschaft zur Bezahlung von Beiträgen würde sich verbessern, denn die Mitglieder wollen sicher sein, dass sie geschützt sind und bleiben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Beiträgen und Bedarf. In einem Rentensystem erfolgen Zahlungen aufgrund des Einkommens (als Prozentsatz des Lohnes), und das Gleiche gilt für die Leistung. Mitglieder dürften nicht zufrieden sein, wenn der gemeldete Lohn niedriger ist als der tatsächliche Lohn. In der Krankenversicherung erfolgen die Zahlungen auch aufgrund des Einkommens, während sie je nach Bedarf in Anspruch genommen wird. Man könnte daher annehmen, dass die Mitglieder es dem Arbeitgeber nicht verübeln, wenn er ihre Löhne zu niedrig angibt. Wenn die beiden Systeme jedoch miteinander verhängt sind, gilt für beide die gleiche Beitragsbasis – während also die Gesundheitsversorgung die Einhaltung der Bestimmungen bei der Anmeldung und Aufrechterhaltung des Anspruchs fördert, begünstigen langfristige Leistungen wie Renten und Invalidenrenten die Einhaltung der Bestimmungen bei der Meldung des Lohnes oder Einkommens.

Der zweite Mehrwert der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit sowie die Produktivität und Entwicklung, die mit guter Gesundheit einhergehen. Kranke Erwachsene erreichen ein Stadium, das sich negativ auf ihre Produktivität auswirkt – sie haben mehr Fehlzeiten durch Krankheit, mehr Anträge auf Invalidenleistungen, und letztendlich hören sie ganz auf zu arbeiten, was auch heißt, dass sie keine Beiträge mehr entrichten. Junge Mütter, die bei der

Geburt eines Kindes sterben, hinterlassen Witwer und Waisen mit mehr Betreuungsbedürfnissen zu Hause. Schulkinder, die sich wegen Mangelernährung nicht auf ihre Schularbeit konzentrieren können, werden keine höhere Ausbildung und Qualifizierung für die in Entwicklungsländern gebrauchten Fähigkeiten absolvieren. Und Kinder, die sterben, bevor sie das Schulalter erreichen, werden bei den Arbeitskräften in der nächsten Generation fehlen. Und sie alle werden die Ausweitung der Deckung durch die soziale Sicherheit verringern und zugleich neue Nachfrage nach Krankengeldleistungen und Invalidenbeihilfen sowie Arbeitslosenleistungen schaffen, sofern es welche gibt.

Ein dritter Mehrwert wird durch Verbesserungen im System der Gesundheitsdienste geschaffen. Verträge zwischen Systemen der sozialen Krankenversicherung und Dienstleistern sorgen direkt für vorhersehbare Geldmittel im Anbietersystem, was die Qualität der Versorgung verbessern sollte. Ein soziales Krankenversicherungssystem hat als Einkäufer von Gesundheitsleistungen wesentlich mehr Macht als der einzelne Patient. Das Versicherungssystem ist auch verpflichtet, die Qualität seiner Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, während die Anbieter ebenso wie das Versicherungssystem rasch verstehen, dass die Mitglieder nicht bereit sind, regelmäßig Prämien zu zahlen, wenn die Patientenzufriedenheit nicht gesteigert wird. Daher dürfte die gegenseitige Verpflichtung zwischen den Mitgliedern, die für Gesundheitsleistungen im Voraus zahlen, und dem System sowie den Anbietern die Qualität der Leistungen verbessern und aufrechterhalten.

3. Warum wurde die Gesundheitsversorgung in Afrika bisher noch nicht in die Systeme der sozialen Sicherheit einbezogen?

Bevor wir diese Frage untersuchen, müssen wir den aktuellen Umfang der Gesundheitsversorgung als Leistung der Systeme der sozialen Sicherheit in dieser Region betrachten.

Wie aus dem Bericht „*Social Security Programs Throughout the World: Africa 2007*“ (Systeme der sozialen Sicherheit weltweit: Afrika 2007) hervorgeht, haben von den erfassten 44 Ländern alle Arbeitsunfallprogramme, 41 haben Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten und 20 haben Familienbeihilfen. Aber nur 20 haben „medizinische Versorgung“ zusätzlich zu den Geldleistungen für Arbeitnehmer, die infolge Krankheit nicht arbeiten können. Von den 20 Ländern mit Gesundheitsleistungen sind fünf die nordafrikanischen Länder Algerien, Ägypten, Libyen, Marokko und Tunesien. Fünf Länder haben begrenzte Gesundheitsleistungen im Rahmen von Familienbeihilfen, und andere haben Gesundheitsleistungen nur bei Mutterschaft. In neun der 44 Länder genießen Arbeitnehmer und in einigen Fällen ihre Angehörigen begrenzte ärztliche Versorgung im Rahmen geltender Arbeitsgesetze. Drei Länder kennen beitragspflichtige Systeme für Staatsbedienstete (Burundi, Burkino Faso und Gabun).

Ein für die Elfte Afrikanische Regionaltagung des Internationalen Arbeitsamtes (IAA) im April 2007 in Addis Abeba erstellter Bericht vermerkt, dass fast 90 Prozent der Bevölkerung Afrikas südlich der Sahara nicht gegen das Risiko Krankheit oder Unfall versichert sind. Der Bericht betonte: „Um den am stärksten benachteiligten und verwundbaren Gruppen in Notfällen zu helfen, ist der Sozialschutz ein mächtiges Mittel zu Armutsverringern.“

Die Bedeutung der Gesundheitsversorgung ist klar, und die nächste Frage lautet daher: Wenn die Gesundheitsversorgung so wichtig ist, warum wurde sie dann nur in so wenige Systeme der sozialen Sicherheit in Afrika einbezogen? Wurde der Anschluss an die Realität verpasst, oder wurden die Augen verschlossen vor den Folgen der Veränderungen bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den letzten zwei Jahrzehnten?

In der Vergangenheit war der Staat verantwortlich für die Entwicklung und den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen sowie für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung. Diese Verantwortung wurde meist in Gesundheitsgesetzen bestätigt, die eine kostenlose Versorgung in staatlichen Gesundheitseinrichtungen zusagten. In vielen Ländern Afrikas bedeutete private Versorgung von gemeinnützigen nicht gewinnorientierten und meist religiösen Institutionen betriebene Kliniken und Krankenhäuser – Gesundheitsdienste der Missionen –, und diese stellten kostenlos Versorgungsleistungen bereit oder verlangten symbolische Gebühren. Durch eine Folge von Ereignissen in Zusammenhang mit einer breiteren Wirtschafts- anstelle von Sozialpolitik verschob sich die Verantwortung des Staates weg von der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hin zur Formulierung, gesetzlichen Regelung und zur Umsetzung alternativer Mechanismen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Die massivste Änderung bestand in der Einführung von Nutzungsgebühren für öffentliche Gesundheitsleistungen, was bei Krankheit Zahlungen aus der eigenen Tasche für Gesundheitsleistungen ohne jegliche Erstattung bedeutete. Trotz drohendem politischem Widerstand haben die meisten Regierungen *de facto* die kostenlose Erbringung von Gesundheitsleistungen für alle eingestellt, außer für die ärmsten Bürger und die Staatsbediensteten. Die kostenlose Gesundheitsversorgung beschränkt sich heute darauf, was Regierungen bezahlen können oder wollen, und starke Kürzungen der Staatsausgaben haben zu wesentlich niedrigeren Gesundheitshaushalten aus dem allgemeinen Steueraufkommen geführt. Bis zur Einführung der Nutzungsgebühren waren diese öffentlichen Einrichtungen für die meisten Bürger gewöhnlich die einzige Möglichkeit der Versorgung ohne finanzielle Hindernisse.

Positiv nahm sich aus, dass die Gesundheitsministerien infolge der Einführung der Nutzungsgebühren gezwungen waren, Budget- und Preismechanismen zu entwickeln, was das Finanzmanagement bei der Zentralregierung und auf Ebene der Krankenhausanbieter verbesserte. Nutzungsgebühren können jedoch negative Folgen zeitigen. Die Einforderung von Nutzungsgebühren bei Krankheit, also gerade wenn das Einkommen geringer ist, kann

beim Patienten irrationales Gesundheitsverhalten bewirken, indem er versucht, die Inanspruchnahme von Leistungen aufzuschieben, oder entschieden wird, welches Familienmitglied Vorrang haben soll oder welche Dienstleistungen nach dem ersten Arztbesuch zu erwerben sind.

In sehr kurzer Zeit erkennen die Gesundheitsanbieter das Potenzial, um ihre Einnahmen zu erhöhen, indem sie eine Nachfrage nach Leistungen fördern, u.a. nach unnötigen Leistungen. In Entwicklungsländern beschränkt sich dies nicht nur auf eine zu starke Nutzung von Spitzentechnologie. Weitaus geläufiger ist, dass ein hoher Anteil der Patienten unnötige Arzneimittel verschrieben bekommt, die im Rahmen der Grundversorgung oft in Form von Injektionen verabreicht werden. Daraus entsteht ein neuer Bereich negativer Gesundheitsergebnisse; heute wird allgemein anerkannt, dass die Resistenz gegen wirksame Arzneimittel durch zu häufiges Verschreiben von Antibiotika gefördert wurde, ganz zu schweigen vom zusätzlichen Risiko durch die Anwendung von Injektionen. Ein einzelner zahlender Patient hat keinerlei Schutz, wie ihn ein System der sozialen Sicherheit bietet, das die Angemessenheit und Qualität der erbrachten Dienstleistungen gewährleistet.

4. Welche Möglichkeiten gibt es für eine stabile und gerechte Finanzierung der Gesundheitsversorgung?

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die in einem Land für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Mittel zu erhöhen, angefangen bei einer höheren Zuweisung aus dem Staatshaushalt für Gesundheit bis hin zu verschiedenen Nutzungsgebühren und der Option des Sozialschutzes. Selbstverständlich unterscheiden sie sich in Bezug auf Stabilität, Nachhaltigkeit, sinnvollen Einsatz des Haushaltseinkommens und die Fähigkeit, die Qualität der Versorgung zu sichern.

4.1. Erhöhung der Zuweisung staatlicher Mittel aus dem Steueraufkommen

Ein über Steuereinnahmen finanziertes nationales Gesundheitsversorgungssystem, das die gesamte Bevölkerung abdeckt, ist vielleicht die einfachste Art, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen. Die Steuerbasis ist allerdings in den meisten Entwicklungsländern wenig solid, da diese Länder gewöhnlich kleine formelle Beschäftigungssektoren und große informelle Sektoren und ein schwaches Steuereinzugssystem haben.

Der vom Staat für die Gesundheit ausgegebene Betrag ist in der Tat in vielen Entwicklungsländern sehr niedrig. Auch wenn die Steuereinnahmen angehoben werden könnten, gäbe es noch mindestens zwei Probleme zu lösen. Erstens die Frage, ob angesichts des Bedarfs in anderen sozialen Bereichen wie Erziehung und Wohnungen mehr öffentliche Gelder für die Gesundheit ausgegeben werden sollen. Zweitens müsste der zusätzliche Betrag

für die Gesundheit aus Steuern immer noch jedes Jahr neu ausgehandelt werden, was zu mangelnder Stabilität bei dem alljährlich verfügbaren Betrag führen würde.

4.2. Nutzungsgebühren

Die Einführung von Nutzungsgebühren in staatlichen Gesundheitseinrichtungen wurde im vorherigen Abschnitt diskutiert. Die Bereitschaft der Patienten, diese Gebühren zu bezahlen, hängt nicht nur davon ab, wie hoch sie sein werden, sondern auch davon, ob die Betroffenen während der Krankheit über das Geld verfügen und von ihrer Beurteilung der staatlichen Leistungen, die in einem unterfinanzierten System meist nicht sehr positiv ausfällt.

Die ärmsten und verwundbarsten Teile der Bevölkerung sind meist von den Gebühreuzahlungen ausgenommen. Staatliche Krankenhäuser erhalten jedoch meist keine besonderen Zahlungen für die Versorgungsleistungen, die sie für gebührenbefreite Patienten bereitgestellt haben. Die Behandlung solcher Patienten wird somit zu einer Quelle für Unzufriedenheit und auch zu einer finanziellen Belastung für die Krankenhäuser. Solange für gebührenbefreite Patienten keine Entschädigung gezahlt wird, werden zahlende Patienten, einschließlich solcher, die den Mitarbeitern direkt unter der Hand Beträge zustecken, tendenziell besser behandelt als gebührenbefreite Patienten. Probleme durch Gebührenbefreiung, Instabilität, Unbeliebtheit und niedrige Renditen haben bereits gezeigt, dass Nutzungsgebühren nicht die optimale Lösung für eine stabile angemessene Finanzierung von Gesundheitsleistungen sind.

4.3. Drug Revolving Funds

Sogenannte Drug Revolving Funds (DRFs) (zur kostendeckenden Abgabe von Medikamenten) verlangen Gebühren für Arzneimittel, die deren Verfügbarkeit in einem öffentlichen, nicht gewinnorientierten Gesundheitssystem gewährleisten sollen. Die Patienten zahlen Preise, die sich aus Einkaufspreis plus einem Prozentsatz für die Verwaltungskosten, meist Anreize für die lokalen Gesundheitsfachkräfte, zusammensetzen. Dieser Mechanismus wurde erstmals von der UNICEF 1987 in Mali mit der sogenannten Bamako-Initiative eingeführt und war anfangs ein Plan zur Sicherung der Verfügbarkeit wesentlicher Arzneimittel in den in vielen Ländern südlich der Sahara gebeutelten Gesundheitssystemen. Dieser Mechanismus war auch der erste Versuch, das Ideal von kostenlosen Gesundheitsleistungen im öffentlichen Sektor aufzugeben.

Viele Länder in Afrika haben nun DRFs auf Dorfebene, und die Wirkungen des Systems haben schon viel Tinte fließen lassen. Das positivste Aspekt war, dass das System zeigte, dass Patienten bereit sind, für konkrete Güter und Dienste zu zahlen. In Bezug auf die Eignung als stabiler Gesundheitsfinanzierungsmechanismus lautete die Hauptkritik, dass DRFs nach wie vor Zahlungen aus der eigenen Tasche zur Zeit der Nutzung darstellen, und selbst kleine Beträge könnten unter der Bevölkerung mit sehr geringen Einkommen eine finanzielle

Belastung sein. Das interessanteste Ergebnis auf lokaler Ebene ist der so zusammenkommende absolute Geldbetrag. Der Betrag spiegelt meist die Erkenntnis der lokalen Gesundheitskräfte wider, dass mehr verkaufte Arzneimittel auch mehr Anreizprämien bedeuten. Es fällt daher schwer, nicht von einigen unnötigen Verschreibungen auszugehen. Wenn ein so hoher Betrag unter dieser Zielgruppe erreicht werden kann, sollten wir in der Lage sein, den angemessenen Betrag auch auf einer Vorauszahlungsbasis einzunehmen und diese Mittel für eine Reihe von Gesundheitsleistungen zu verwenden, angefangen bei der ersten Untersuchung, und nicht nur für Arzneimittel.

4.4. Gesundheitsvorsorgefonds

Die sozial gerechte Gesundheitsfinanzierung mit Gesundheitsvorsorgefonds, sogenannten Health Equity Funds (HEFs), ist ein relativ neuer Mechanismus zur Deckung der Gesundheitskosten für die Ärmsten. Es handelt sich meist nicht um staatliche Sozialhilfezahlungen für Arme, sondern um Mittel, die über internationale Entwicklungspartner bereitgestellt werden. Internationale und lokale Nichtregierungsorganisationen (NRO) werden unter Vertrag genommen, um solche Fonds gezielt für arme Bevölkerungsgruppen zu verwirklichen; es ist also keine staatliche Maßnahme. Die zur alljährlichen Identifizierung der Armen aufgewendeten Mittel und die Verwaltungskosten der HEFs senken den für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Betrag erheblich, und diese Fonds sind meist begrenzt auf die Deckung der stationären Behandlung. Diese Finanzierung eignet sich nicht, um alle armen Familien zu decken, und die Weiterführung dieser Methode behindert auch die Entwicklung einer nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsministerien in Ländern mit niedrigem Einkommen. Die Regierungen erkennen, dass die internationalen Entwicklungspartner keine Garantie für die langfristige Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Arme sind – und dies auch nicht sein sollten.

4.5. Die Option der sozialen Krankenversicherung

Pour toutes ces raisons, la protection contre les risques liés au paiement des soins de santé. Aus all diesen Gründen erfordert der Schutz gegen die möglichen Kosten für die Gesundheitsversorgung im Ernstfall eine breitere Basis als die geringen Familienressourcen oder unter zu hohen Kosten geliehenes Geld oder im schlimmsten Fall den Erlös aus dem Verkauf von Familiengut, das Einkommen sichert. Dies lässt sich mit einer Versicherung erreichen, deren Kernelement darin besteht, regelmäßige und tragbare Beiträge zu bezahlen und die Risiken sozial breit zu streuen; das sind die gleichen Elemente, wie sie für andere Leistungen der sozialen Sicherheit zur Anwendung kommen.

Die Gesundheitsversorgung war in Wirklichkeit der erste formelle Zweig der sozialen Solidarität oder gegenseitigen Hilfe, wie aus dem ersten Sozialgesetz Bismarcks zur Errichtung

einer Krankenversicherung in Deutschland im Jahre 1883 zu ersehen ist, in dem die soziale Sicherheit wie folgt definiert wird:

„Schutz, den die Gesellschaft ihren Mitgliedern durch eine Reihe öffentlicher Vorkehrungen gewährleistet, um das Fehlen oder die erhebliche Reduktion des Arbeitseinkommens aufgrund verschiedener wirtschaftlicher oder sozialer Notlagen, namentlich Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Arbeitslosigkeit, Invalidität, Alter und Tod, auszugleichen.“

Die Gesetzgebung verlangte, dass (a) für Arbeitnehmer bestimmter Branchen, die weniger als einen bestimmten Betrag verdienen, die Pflicht zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse gilt und (b) dass die Kasse mit Pflichtbeiträgen der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber finanziert wird. Andere Länder folgten dem Beispiel mit ähnlichen Gesetzen, da eine obligatorische Krankenversicherung als die geeignete Antwort für die Erwartungen der Arbeitnehmer und ihrer Familien angesehen wurde. Dieser Trend entwickelte sich allerdings in Afrika südlich der Sahara nur sehr langsam.

Im nationalen Kontext waren die Regierungen bestrebt, eine soziale Krankenversicherung einzuführen, um zusätzliche Finanzen für das Gesundheitswesen zu erhalten. Anbieter von Gesundheitsleistungen im öffentlichen Sektor sind meist unterfinanziert, was zu niedrigen Löhnen, niedrigen Technologieniveaus und auch zu geringer Zufriedenheit der staatlichen und der Gesundheitsfachkräfte führt.

Private Anbieter treten auf, wo es Geld gibt, und werben die ohnehin schwer zu findenden Gesundheitsfachkräfte vom öffentlichen System ab. In kurzer Zeit steigen die Einkommen im Privatsektor, während die Qualität der Versorgung nicht unbedingt im gleichen Maß steigt. Das Resultat sind höhere Zahlungen aus der eigenen Tasche derjenigen, die sich eine solche Versorgung leisten können, aber keine höhere Finanzierung des öffentlichen Sektors – der für die große Bevölkerungsmehrheit weiter der Hauptanbieter bleibt.

In Ländern mit Arbeitsgesetzen, die vom Arbeitgeber verlangen, dass er die Gesundheitsversorgung abdeckt, da diese nicht in das System der sozialen Sicherheit integriert ist, suchen die Arbeitgeber immer häufiger nach Versicherungsmechanismen für Arbeitsunfälle und für die nicht arbeitsbezogene Gesundheitsversorgung. Einzelne Arbeitgeber wollen nicht mehr das gesamte Gesundheitsrisiko ihrer Mitarbeiter decken und suchen nach Möglichkeiten, um diese Risiken zu streuen. Wenn sie es sich nicht leisten können, diesen Schutz über kommerzielle, gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften bereitzustellen, interessieren sie sich stark für die soziale Krankenversicherung.

Und für die nun von Systemen der sozialen Sicherheit gedeckten Arbeitnehmer des formellen Sektors hat die Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewonnen. Die Gesundheitsversorgung

ist die Leistung, die gewöhnlich von allen Familienmitgliedern während des gesamten Lebenszyklus in Anspruch genommen wird, und zwar am häufigsten im Vergleich zu den Leistungen bei Mutterschaft, Invalidität, Alter und für Hinterbliebene. Die Erfahrung mit Drug Revolving Funds in Afrika hat gezeigt, dass die Betroffenen bereit sind, für die Gesundheitsversorgung zu bezahlen, wenn die Verfügbarkeit der Dienste garantiert wird. Eine wichtige Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte ist die Mikrokrankenversicherung und die Versicherung auf Gemeinschaftsbasis in Bevölkerungsgruppen, die aus den Systemen mit formellen Löhnen ausgeschlossen sind. Wie unten noch beschrieben wird, sind diese freiwilligen Initiativen auf dem Vormarsch sowohl als Gesundheitsschutz als auch bei der Beschaffung von Leistungen.

Aus Sicht des Sozialschutzes können wir die soziale Krankenversicherung als optimalen und nachhaltigen Mechanismus zusammenfassen, der Folgendes ermöglicht:

- des Bezahlbare, gerechte und progressive Beiträge von Haushalten und anderen Partnern;
- optimale Streuungsniveaus zur Verringerung der Risiken und Förderung der Solidarität unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Jung und Alt, hohe und niedere Einkommen, Stadt und Land);
- erhöhte Effizienz und Qualitätssicherung beim Einkauf von Gesundheitsleistungen;
- Beziehungen zwischen dem sozialen Krankenversicherungssystem, Anbietern und Mitgliedern, die Betrug und Missbrauch vorbeugen und den sinnvollen Einsatz der Gesundheitsversorgung fördern;
- Verbesserung bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen durch höhere Finanzressourcen und eine angemessenere Allokation dieser Ressourcen;
- Bereitstellung von Gesundheitsversorgung mit stärkerer Berücksichtigung der Patientenwünsche und höherer Zufriedenheit unter den Gesundheitsfachkräften; und
- einen erheblichen Schritt zur Ausweitung der Leistungen der sozialen Sicherheit für die Bevölkerung, was das Konzept des Sozialschutzes bereichert und zugleich die Gesundheit und Produktivität verbessert und die Armut infolge von Krankheit verringert

5. Was ist in der Zwischenzeit geschehen?

In Bezug auf die Deckung durch die Versicherung nutzt der Privatsektor jede Gelegenheit, um Einzelne und Gruppen dazu zu bewegen, Krankenversicherungen zu kaufen. Die Deckung der Gesundheitsleistungen wird eher von allgemeinen Versicherungsgesellschaften aus dem kommerziellen, gewinnorientierten Versicherungssektor als von Krankenversicherungssystemen angeboten. Diese Lebens- und Nicht-Lebensversicherungsgesellschaften sind bereit, gewisse Einbußen bei der Gesundheitsversorgung hinzunehmen, um Arbeitgeber, die hohe Löhne zahlen, als Kunden zu gewinnen. Die Prämien sind hoch und oft an das Risiko des Einzelnen gebunden, wenn der Arbeitgeber nicht Policen für Gruppen erwirbt. Die private gewinnorientierte

Krankenversicherung deckt gewöhnlich weniger als 2 Prozent der Bevölkerung und schafft außerdem eine weitere Ungerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

In Südafrika und Simbabwe wurde eine andere Form von privater Krankenversicherung entwickelt. Sie beruht auf dem traditionellen System der Hilfe auf Gegenseitigkeit, wobei medizinische, nicht gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften entstanden und sich bemühten, Arbeitnehmer mit niedrigen, mittleren und hohen Einkommen und ihre Familien zu decken. Dies ist eine Form der freiwilligen Versicherung, die Arbeitgeber und einzelnen Familien sind nicht gesetzlich verpflichtet, sich zu beteiligen. Die Deckung bleibt gering und erreicht 7 Prozent der Bevölkerung in Südafrika, vor allem Personen mit höheren Einkommen. Aber das ursprüngliche Konzept wird dadurch untergraben, dass die Prämien steigen, denn diese Systeme stützen sich immer mehr auf private, gewinnorientierte Gesundheitsdienste und verwenden kommerzielle Drittunternehmen für das Finanzmanagement.

Eine weitere und immer beliebtere Form der freiwilligen Versicherung ist die Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis oder Mikroversicherungssysteme, die von lokalen Einrichtungen wie Gemeinschaftsverbänden oder Genossenschaften aufgebaut wurden, oder auch von Gesundheitsleistungsanbietern. Die Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis (*Community-Based Health Insurance* – CBHI) will Schutz gegen Kosten für medizinische Versorgung für die Familien von Selbstständigen oder informell Beschäftigten bieten – gewöhnlich Personen, die aus dem formellen Sektor der Systeme der sozialen Sicherheit ausgeschlossen sind.

Pionier in diesem Bereich der Krankenversicherung auf Gemeinschaftsbasis oder Mikroversicherung ist das 1986 gestartete Bwamanda-System, als das Bezirkskrankenhaus Bwamanda in einer ländlichen Gegend der Demokratischen Republik Kongo der Bevölkerung in seinem Einzugsgebiet die Mitgliedschaft in einem System mit Vorauszahlung anbot, um seine medizinischen Dienstleistungen zu nutzen, ohne zur Zeit der Nutzung bezahlen zu müssen. Die gut dokumentierten Berichte des Bwamanda-Systems erwähnen die Bereitschaft zu zahlen und die erheblichen vorhersehbaren Einkommen des Krankenhauses durch das System. Die Zahl solcher Systeme hat seither in Afrika, vor allem in den französischsprachigen Ländern, stark zugenommen. Die meisten befinden sich in ländlichen Gegenden und sind meist mit Gemeinschaftsvereinen und seltener mit Gesundheitsanbietern verbunden.

Obwohl das Interesse an der Versicherung auf Gemeinschaftsbasis bzw. der Mikroversicherung wächst, wird diese Art der Gesundheitsfinanzierung nicht richtig verstanden und erntet zurzeit mehr Kritik als Unterstützung. Einige Gesundheitsökonomien behaupten, dass kleine Krankenversicherungssysteme nicht nachhaltig seien und dass die Ausbreitung solcher Systeme Chaos bewirke und nicht eine kontrollierte und stabile Ausweitung der Deckung. Unzulängliche Verwaltungskapazitäten, das Fehlen eines Rahmens

für die Koordination zwischen den Systemen und begrenzte Gesundheitsleistungen wurden jeweils als wichtige Gründe für die langsame Verbreitung angeführt.

Es ist in der Tat schwierig, mehr als 50 Prozent der Bevölkerung auf lokaler Ebene durch diese freiwilligen und kleinen Systeme zu schützen. Die Hauptkomponenten wie Beitragssätze und Einzugsmechanismen sowie die Leistungen sind je nach System unterschiedlich, sodass Fusionen und die Übertragbarkeit von Ansprüchen sehr schwer zu erreichen sind. Den Systemen fehlt es oft an Verwaltungskapazität, um eine stete Ausweitung und finanzielle Tragfähigkeit zu sichern.

Trotz der Schwierigkeiten und der Anfälligkeit dieser Systeme sollte ihre Bedeutung nicht unterschätzt werden. Sie verhindern, dass viele Menschen wegen Gesundheitskosten in Armut geraten, und sie sorgen für die Bekanntmachung des Konzepts der Solidarität und der Notwendigkeit bezahlbarer sozialer Krankenschutzmechanismen für alle. Mit politischem Engagement und einer nationalen Politik, die Regeln und Richtlinien für die kontrollierte Ausweitung und den Zusammenschluss von Systemen vorsieht, kann die universelle Deckung Wirklichkeit werden. Dies bedarf einer Politik der Verknüpfung, wobei das System der sozialen Sicherheit des formellen Sektors die Deckung der Selbstständigen und informell Beschäftigten unterstützen oder gar übernehmen kann. Fallstudien zu dieser Verknüpfung wurden von der IVSS durchgeführt, die mit dem STEP-Programm des IAA und der Internationalen Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit (*Association internationale de la mutualité* (AIM)) arbeitete, und die Dokumentation bietet hervorragendes Material für die Konsolidierung des Prozesses.

Ruanda ist ein ausgezeichnetes Beispiel für diesen Prozess, und eine der Fallstudien beschreibt diese Erfahrung. Als Hauptteil der Reform von Ruandas Gesundheitssystem nach 1994 wurde 1999 ein landesweites unabhängiges Krankenversicherungssystem auf Gemeinschaftsbasis gestartet. Die Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit (*Mutuelles de santé*) deckt heute über 70 Prozent der Zielgruppe in allen Provinzen, und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist im Vergleich zu Zeiten mit Nutzungsgebühren deutlich gestiegen. Die Versicherungsbeiträge des gesamten Haushalts sind relativ niedrig, Verwaltungskosten werden unter 8 Prozent der Einnahmen gehalten, und für Notfälle wurde ein zentraler Reservefonds geschaffen. Abgesehen von ihrer Politik, der technischen Unterstützung und Überwachung fördert die Zentralregierung den Prozess auch durch ein Darlehen für jeden Bezirk. Das unmittelbare Ziel ist es, die Risikostreuung durch den Zusammenschluss mit dem System für Staatsbedienstete und mit der Krankenversicherung für Militärbedienstete zu erhöhen.

6. Wie können wir vorgehen?

Die Integration der medizinischen Versorgung in das Paket der sozialen Sicherheit kann die nötigen Veränderungen bewirken. Wie ganz zu Anfang dieses Beitrags bemerkt wurde, galt

bei Systemen der sozialen Sicherheit in afrikanischen Ländern die medizinische Versorgung bis vor Kurzem nicht als Priorität. Die Integration der Gesundheitsversorgung ist keine leichte Aufgabe, zumal die Systeme der sozialen Sicherheit mitunter keine Fachkenntnisse in Medizin oder Gesundheitsversorgung haben. Die Behandlung der medizinischen Aspekte von Arbeitsunfallprogrammen ist sicher nicht so komplex wie ein umfassendes Krankenversicherungssystem für alle Arbeitnehmer und ihre Angehörigen.

Die Initiative und Umsetzung der Entwicklung einer sozialen Krankenversicherung sollte nicht der alleinigen Verantwortung der Gesundheitsministerien überlassen werden. Wie bereits erwähnt, sind die Gesundheitsministerien heute stark interessiert an der Krankenversicherungslösung, aber sie verfügen nicht über die notwendigen institutionellen Fähigkeiten, um Bevölkerungsgruppen zu registrieren und Beiträge einzuziehen, die bei der Ausweitung der Deckung und der nachhaltigen Finanzierung eine zentrale Rolle spielen. Auch die erforderliche dreigliedrige Verwaltungsstruktur ist in vom Gesundheitsministerium verwalteten sozialen Krankenversicherungssystemen nicht leicht zu verwirklichen. Ein weiterer Punkt ist, dass es für Systeme der sozialen Sicherheit wesentlich einfacher ist als für das Gesundheitsministerium, Verträge mit Anbietern in öffentlichen sowie privaten Sektoren zu schließen.

Hier sind die Organisationen der sozialen Sicherheit gefragt, die Initiative zu ergreifen, die Partner zu bestimmen, angefangen beim Gesundheitsministerium, und einen ernsthaften und nachhaltigen Prozess der Integration der medizinischen Versorgung in die Systeme der sozialen Sicherheit zu starten. Dies sollte als eine Chance für die Systeme der sozialen Sicherheit verstanden werden, um den oben diskutierten Mehrwert zu erzielen, als eine Gelegenheit, das nationale Wachstum durch Sozialschutz zu verbessern und nicht nur das Wachstum eines Systems der sozialen Sicherheit. Es ist auch eine Gelegenheit für das Gesundheitsministerium, seine Verantwortung wahrzunehmen und die optimalen Methoden für die Gesundheitsfinanzierung für die Bevölkerung mit einem starken und zuverlässigen Partner zu entwickeln. Mit dem politischen Engagement der Regierung, einer klaren nationalen Politik und angemessener Lenkung der Interessengruppen, sodass sie zusammenarbeiten, ließen sich die Reihe schwieriger Themen oder Fragen bewältigen. Die wichtigsten Fragen in dem Prozess werden nachstehend skizziert:

6.1. Gibt es Voraussetzungen?

Angesichts der Dringlichkeit, eine stabile Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den meisten Ländern Afrikas südlich der Sahara zu erreichen, verbieten sich langwierige Studien, und viele notwendige Daten existieren bereits dank der in jüngsten Jahren durchgeführten Arbeiten. Anstatt neue Studien durchzuführen, ist es wichtiger, eine Gruppe von Experten auszubilden, damit sie das Wesen der sozialen Krankenversicherung verstehen. Es gibt viele Missverständnisse, angefangen bei der Behauptung, dass der Beitrag zur Deckung der Angehörigen und einer umfassenden Reihe von Leistungen so hoch würde, dass die

Lohnnebenkosten dadurch negativ beeinflusst würden. Systeme der sozialen Sicherheit, die die Leistungen der Gesundheitsversorgung einbezogen haben, taten dies mit einem moderaten Beitragssatz. Die ausgebildeten Experten, darunter verantwortliche Behördenmitarbeiter, die am Prozess beteiligt sein werden, sollten dann die Fähigkeit haben, wesentliche Lücken in den verfügbaren Daten zu erkennen und alle Quellen zu nutzen, um eine geeignete Grundhaltung, Politik und die gesetzlichen und regulatorischen Instrumente zu entwickeln. Diese Expertengruppe wird auch in der Lage sein, mit der zu erwartenden Opposition gegen die Integration der sozialen Krankenversicherung richtig umzugehen, die von privaten Versicherungen und privaten Gesundheitsanbietern kommt, die sich gewöhnlich früh in die Debatte einschalten.

Internationale Entwicklungspartner, einschließlich IAO, IVSS und WHO, sind bereit, im Bereich der sozialen Krankenversicherung technische Unterstützung zu bieten. Der Entwicklungsprozess muss jedoch von Anfang an ein nationaler Prozess sein, der von einem nationalen sektorenübergreifenden Team und nicht von einer oder zwei Personen geführt wird.

Das Team kann durch externe Berater geführt werden, aber die Akzeptanz des Produkts, die Analyse jedes der Vorschläge und das anschließende Treffen von Entscheidungen kann nur von lokalen Staatsangehörigen besorgt werden, die sich Wissen über die wichtigsten Fragen aneignen. Der letztendliche Erfolg des Systems hängt davon ab, wie viele gut informierte Personen vor Ort zu dem Prozess beitragen und die entsprechende Verantwortung übernehmen.

Eine weitere Voraussetzung ist natürlich das Bestehen eines Systems der Gesundheitsversorgung, das die Leistung erbringen kann, auf die der Versicherte dank seiner regelmäßigen Vorauszahlung Anspruch hat. Sehr wenige Länder verfügen über ein solches System, und es würde eindeutig zu weit führen, die Idealsituation zu entwickeln. Durch vermehrte Staatsinvestitionen in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung und in die Ausbildung angemessener Humanressourcen für Gesundheit und in die Zusammenarbeit zwischen dem sozialen Krankenversicherungssystem und Gesundheitsanbietern sind Schritte möglich, um von Anfang an die Bereitstellung von Leistungen zu sichern und Verbesserungen zu planen aufgrund der Zusicherung höherer Finanzierung aus Einnahmen der Krankenversicherung. Entscheidend ist häufig die Frage der Flexibilität bei der Nutzung von Krankenversicherungseinnahmen auf Anbieterebene, um die Einkommen der Mitarbeiter zu erhöhen und die Patientenbedingungen zu verbessern und so die Zufriedenheit zu steigern.

6.2. Welche Gesetzgebungsinstrumente sind nötig?

Sowohl die obligatorische als auch die freiwillige Krankenversicherung benötigen gesetzliche Instrumente, darunter Gesetze und Regulierungen, um eine wirksame Umsetzung sicherzustellen. Bestehende Arbeitsgesetze können einer Revision bedürfen, da die

Arbeitgeber neben den neuen Krankenversicherungsbeiträgen nicht weiter zur Zahlung für die nicht arbeitsbedingte Gesundheitsversorgung verpflichtet sein wollen. Organisationen der sozialen Sicherheit brauchen vielleicht nicht den ganzen Prozess des Entwurfs und der Verabschiedung eines Gesetzes, um die Gesundheitsversorgung zu integrieren, da die bestehenden Gesetze der sozialen Sicherheit in vielen Ländern die Hinzunahme neuer Leistungen und neuer Zielgruppen (wie Arbeitnehmer in kleinen Betrieben und Selbstständige) durch einfache Gesetzesänderungen ermöglichen. Änderungen sind wahrscheinlich in der Aufsicht und Lenkung nötig, um die angemessene Beteiligung von Fachleuten und Gesundheitsfachkräften zu gewährleisten. Zusätzliches Wissen und weitere Fähigkeiten in diesem Bereich können für bestehende Systeme der sozialen Sicherheit nur von Vorteil sein. Zwei Punkte sind hier wichtig:

- Wenn universelle Deckung das ausdrückliche politische Ziel ist, sollte der Gesetzgeber für besonders einkommensschwache und verwundbare Personen, die selbst keine Beiträge zahlen können, Netze der sozialen Sicherheit vorsehen oder eine Verbindung zu solchen; und
- die gesetzlichen Instrumente sind wesentlich, aber sollten nicht unbedingt Jahre zu ihrer Umsetzung benötigen. Das Gesetz sollte Grundsätze und Pflichten enthalten, während Komponenten, die regelmäßig angepasst werden müssen, in Verordnungen gehören.

6.3. Welche Gesundheitsleistungen sollten bereitgestellt werden?

Es besteht ein Trend, in einem neuen sozialen Krankenversicherungssystem einem „Mindestleistungspaket“ den Vorzug zu geben oder die Leistungen so zu begrenzen, dass sie „katastrophale Kosten“ decken, womit meist die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthaltes gemeint sind. Dies beinhaltet mehrere Probleme. Erstens, ein Versicherungssystem, das Leistungen anbietet, die von allen Familienmitgliedern mindestens einmal pro Jahr genutzt werden, kann für potenzielle Mitglieder sehr attraktiv sein. Die stationäre Krankenhausversorgung, die jedes Jahr nur von 5 bis 8 Prozent der gedeckten Bevölkerung genutzt wird, ist wesentlich weniger attraktiv. Wie die Erfahrung gezeigt hat, führt die Begrenzung auf die Krankenhausversorgung zu einer irrationalen Nutzung dieses Dienstes: Mitglieder werden die Inanspruchnahme aufschieben, bis die Schwere ihrer Erkrankung in der Tat einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Oder das System wird missbraucht, wenn Patienten stationär aufgenommen werden müssen, weil Leistungengedeckt sind, die auch auf ambulanter Basis erbracht werden könnten.

Zweitens ist die Begrenzung der Leistungen auf ein Mindestpaket an wesentlichen Grundversorgungsleistungen in Gemeinschaftseinrichtungen ungerecht. Wie überall sonst auf der Welt haben auch Afrikaner steigende Erwartungen an die Ergebnisse der medizinischen Wissenschaft und modernen Technologie. Die Wünsche der Versicherten nach Komfort und Würde bei Inanspruchnahme der Behandlung sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Afrikaner verdienen ein ausgewogenes Spektrum an Gesundheitsleistungen, das ihren gesundheitlichen, medizinischen und kulturellen Bedürfnissen entspricht.

Das Leistungspaket muss nicht jede verfügbare und sichere medizinische Technologie enthalten. Es kann der nötigen Kostenkontrolle für ein bezahlbares Beitragsniveau durch Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Vorbeugung, effiziente Überweisungsmechanismen und angemessenen Erwerb von Gesundheitsleistungen gerecht werden. Die Einbeziehung präventiver Leistungen heißt nicht, dass das Gesundheitsministerium seine Verantwortung für die Prävention von Krankheiten an das Versicherungssystem abtritt. Es bedeutet im Gegenteil, dass der Staat seine Verantwortung für die öffentliche Gesundheit so besser wahrnehmen kann, in Koordination mit der Verantwortung des Krankenversicherungssystems, gesundheitsförderndes Verhalten zu begünstigen und Krankheiten auf Ebene der Einzelperson und ihres Haushalts vorzubeugen.

Es besteht ein Trend, Leistungen auszuschließen, die als kostspielige Technologien gelten. Auch hier kann die effiziente Verwaltung des Systems Möglichkeiten finden, den Einsatz einer festgelegten Liste von kostenintensiven Leistungen durch Überweisungsmechanismen und das Management sinnvoller Reserven zu diesem Zweck zu begrenzen.

Die Kostenkontrolle erfolgt hauptsächlich über den Mechanismus der Bezahlung der Anbieter. Firmenverträge mit zugelassenen Gesundheitseinrichtungen und Mechanismen zur Bezahlung der Anbieter, die nicht auf dem Volumen der bereitgestellten Leistungen beruhen, sind hierzu wesentlich. Das heißt, der Mechanismus zur Bezahlung der Anbieter sollte die Qualität der Leistungen sichern und dabei unnötige Leistungen für die Versicherten vermeiden, die lediglich der Einnahmensteigerung des Anbieters dienen. Viele soziale Krankenversicherungssysteme stellen aus diesem Grund von Gebühren nach Leistung auf Kopfpauschalen und andere Zahlungsmethoden um. Jedes System der sozialen Sicherheit hat begrenzte Mittel, die von dem Pool der Versicherten und der Einhaltung der Beitragspflicht abhängen, und die Beiträge können nicht einfach wegen Ineffizienz oder zu starker Inanspruchnahme der gedeckten Leistungen erhöht werden.

Eine relevante Frage bei der Festlegung der Leistungen ist, ob HIV/AIDS gedeckt werden soll, denn die derzeit hohe Häufigkeit von HIV/AIDS kann eine echte Herausforderung für die finanzielle Tragfähigkeit der Bereitstellung umfassender Leistungen werden. Es wäre äußerst unangemessen, präventive Leistungen oder die Akutversorgung von auftretenden Infektionen bei Versicherten auszuschließen, die HIV-positiv sind oder bei denen eine HIV/AIDS-Diagnose gestellt wurde. Die wirklich hohen Kosten der Leistungen für HIV/AIDS-Patienten verursachen die Antiretrovirenbehandlungen (ARVs), die, wenn sie wirken, oft für lange Zeiträume benötigt werden. Heute stellen der Global Fund und andere internationale Geber diese Arzneimittel durch Gaben für stark belastete Länder zur Verfügung. Aber wie bei der Bereitstellung von Mitteln zur Behandlung von Tuberkulose und Malaria durch den Global Fund, werden diese Medikamente erst gegeben, wenn die Diagnose bereits gestellt ist. Das

Fehlen des Zugangs zur Grundversorgung und die Fristen bis zur Entdeckung und Diagnose beider Krankheiten führt zu drei unerwünschten Trends:

- Zunehmende Schwere der Krankheit bei Einzelpersonen;
- Weiterverbreitung der Krankheit bei anderen Personen; und
- zunehmende Invalidität und vorzeitige Sterblichkeit infolge dieser Krankheiten..

Die sozialen Krankenversicherungssysteme müssen daher Partnerschaften mit Agenturen eingehen, die heute HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria behandeln. Abgesehen von der Finanzierung der Prävention und der ARVs wäre auch eine Form des Zusammenlegens zumindest eines Teils der Ressourcen dieser Agenturen zur Unterstützung für die Beiträge von Familien nützlich, die mit HIV/AIDS leben und möglicherweise nicht in der Lage sind, Beiträge zu zahlen.

6.4. Wie lange wird es dauern, bis die ganze Bevölkerung gedeckt ist?

Es ist nicht möglich, die gesamte Bevölkerung sofort oder kurzfristig zu decken, selbst wenn Politik und Gesetzgebung ausdrücklich eine universelle Deckung verlangen. In einem bestehenden Pflichtversicherungssystem der sozialen Sicherheit ist es selbstverständlich leichter, mit denen zu beginnen, die bereits durch Renten oder andere Zweige gedeckt sind. Die Integration der Gesundheitsversorgung kann nämlich eine signifikante Ausweitung dieser Gruppe bewirken, wenn zum Beispiel die Deckung auf Arbeitnehmer in kleineren Betrieben, die bisher nicht gedeckt sind, ausgeweitet wird. Wenn es ein System für Staatsbedienstete gibt, könnte die Ausweitung auf Lohnarbeitnehmer im Privatsektor erfolgen. Wenn das System der sozialen Sicherheit bisher nur die Privatwirtschaft deckt, könnte sich eine Gelegenheit bieten, mit der Regierung eine Deckung der Staatsbediensteten auszuhandeln. Auf jeden Fall sollte die Gesundheitsleistung den Arbeitnehmer und seine Angehörigen decken. Regierungen erklären manchmal, dass sie die Verantwortung für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Kindern behalten wollen. In einem unterfinanzierten Gesundheitssystem bedeutet dies, dass die Versorgung der Kinder weiter unterfinanziert sein wird. Es ist weder möglich noch wünschenswert, nur Arbeitnehmer zu schützen, und universelle Deckung lässt sich nicht erreichen, wenn man jede Person als eigene Einheit deckt.

Die Ausweitung der Deckung auf Selbstständige und den informellen Sektor ist komplexer. Wenn die freiwillige soziale Krankenversicherung durch Mikroversicherungen auf Gemeinschaftsbasis in einem Land bereits gestartet wurde, lautet die Herausforderung, diese Systeme zu stärken und das Bewusstsein der Vorteile einer Mitgliedschaft zu fördern. Dieser Prozess kann viele Jahre dauern oder durch zentrale Unterstützung verkürzt werden, u.a. durch technische Unterstützung von bestehenden Systemen der sozialen Sicherheit, bis die gesamte Bevölkerung durch das Pflichtsystem gedeckt wird. Universelle Deckung erfordert auch vom Staat, dass er sich für ein soziales Sicherheitsnetz engagiert, um die nicht erwerbstätige Bevölkerung und andere verwundbare Personen und Familien zu decken. Der

Prozess zur Erlangung universeller Deckung benötigt auch eine klare Politik in Bezug auf Teilziele und Zeitrahmen für die Deckung jeder Bevölkerungsgruppe, die sich nach Art der Beschäftigung, der Mitgliedschaft in zivilgesellschaftlichen Gruppen und Genossenschaften oder geografischen Gebieten ordnen lässt.

Schlussbetrachtung

Im IAA-Bericht Agenda für menschenwürdige Arbeit in Afrika: 2007-2015 (*The Decent Work Agenda in Africa: 2007-2015*) heißt es:

„Die größte Herausforderung für den Sozialschutz in Afrika ist die Ausweitung der sozialen Sicherheit, um sicherzustellen, dass die Menschen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und ein Mindestniveau an Einkommenssicherheit genießen. Nur so wird es möglich sein, das in Artikel 22 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verankerte Recht auf soziale Sicherheit auf dem afrikanischen Kontinent zu einer Realität zu machen. Die Verstärkung der Bemühungen zur Bereitstellung eines grundlegenden Sozialschutzes ist daher ein gangbarer Weg zur Verringerung von Armut und Unsicherheit in afrikanischen Ländern südlich der Sahara.“

Wie wir gesehen haben, liegt die medizinische Versorgung in Afrika weit zurück – und keineswegs wegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria, und die Agenda für menschenwürdige Arbeit fasst zusammen, was zu tun ist.

Die reibungslose Entwicklung und Integration der Gesundheitsversorgung erfordert sowohl politische als auch technische Komponenten und muss die aktuelle und potenzielle Rolle aller Interessengruppen berücksichtigen. Das Konzept und die Ziele müssen gut verstanden werden, und politische und sozioökonomische Stabilität dürften gewährleisten, dass diese Politik auch nach einem Regierungswechsel weiterverfolgt wird. Höhere Mittel für die Gesundheitsversorgung durch eine soziale Krankenversicherung soll nicht bedeuten, dass ein Staat über das Gesundheitsministerium weniger für die Gesundheitsversorgung ausgeben soll. Im Gegenteil: Die Gesundheitsministerien müssen die Ressourcen für Gesundheit einschließlich der Finanzmittel in fast jedem Land Afrikas erhöhen.

Wir haben keine Instrumente, um Gerechtigkeit bei der Gesundheit zu erreichen. Wir haben jedoch die Instrumente, um Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung über Sozialschutz, einschließlich der sozialen Krankenversicherung, zu erreichen, sodass Afrika in Gesundheitsfragen nicht zurückstehen muss und sich aus dem Teufelskreis von Armut und schlechter Gesundheit befreien kann. Systeme der sozialen Sicherheit zählen zu den mächtigsten Organisationen in jedem Land – sie haben politische Unterstützung und institutionelle Strukturen, um die Gesundheitsversorgung dem Spektrum angebotener Leistungen hinzuzufügen und diese Leistung sogar noch auf Selbstständige und den informellen Sektor auszuweiten oder anzufangen auszuweiten.

Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B. 1992. „Health insurance in developing countries: Lessons from experience“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 7, Nr. 3, S. 215-226.
- Abel-Smith, B.; Rawal, P. 1992. „Can the poor afford "free" health care: A case study of Tanzania“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 7, Nr. 4, S. 329-41,
- Arhin, D. C. 1995. „Health insurance in rural Africa“, in *The Lancet*, Nr. 345, S. 435-444.
- Atim, C. 1998. „The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access in health care in West and Central Africa: Synthesis of research in nine countries“, in *PHR Reports*, Nr. 18.
- Carrin, G.; Desmet; Basaza, R. 2000. „Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit organizations“, in X. Scheil-Adlung, Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit, *Building social security: The challenge of privatization*. Piscataway, NJ, Transaction Publ. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/02A6ADBE-FF59-4640-A1DE-3304A00AF5C9/0/buildingsocialsecutiryXeniaScheilAdlung.doc>> (eingesehen am 18.05.2009).
- Castillo-Riquelme, M.; McIntyre D.; Barnes, K. 2008. „Household burden of malaria in South Africa and Mozambique: Is there a catastrophic impact?“, in *Tropical Medical International Health*, Januar, Nr. 13, S. 108-122.
- Chaora, M. 1997. *Health insurance development in Zimbabwe* (Case study). Harare, CIMAS Medical Aid Society.
- CIA. Ohne Jahr. *World Fact Book*. Washington, DC, Zentraler Nachrichtendienst.
- Criel, B.; Van der Stuyft, P.; Van Lemberghe, W. 1999. „The Bwamanda Hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns“, in *Social Science & Medicine*, Nr. 48, S. 897-911.
- Gbossa, L.; Gauthé, B. 2002. *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development* (ESS Paper, Nr. 12). Genf, IAA – SOCPOL.
- Geest, S. van der. 1992. „Is paying for health care culturally acceptable in sub-Saharan Africa?“, in *Social Science & Medicine*, Bd. 6, Nr. 32, S. 667-673.
- Gilson, L.; Mills, A. 1995. „Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years“, in *Health Policy*, Nr. 32, S. 215-243.
- Gilson, L. 1997. „The lessons of user fee experience in Africa“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 12, Nr. 4, S. 273-285.
- Gilson, L.; McIntyre, D. 2007. „Post-apartheid challenges: Household access and use of health care in South Africa“, in *International Journal of Health Services*, Nr. 37, S. 673-691.
- Ginneken, W. van. 2002. *Extending social security: Policies for developing countries* (ESS Paper, Nr. 13). Genf, IAA – SOCPOL.

- Internationales Arbeitsamt. 2002. *Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genf, IAA – STEP.
- . 1999. *Health micro-insurance: The Abidjan platform*. Genf, IAA – STEP.
- . 2007. *The decent work agenda in Africa: 2007-2015* (Report of the Director-General, 11th African Regional Meeting, Addis Ababa, April). Genf, IAA. <http://www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/Officialdocuments/Director-Generalsreports/lang--en/docName--WCMS_082282/index.htm> (eingesehen am 18.05.2009).
- Logie, D. E.; Rowson, M.; Ndagije, F. 2008. „Innovations in Rwanda’s health system: Looking to the future“, in *Lancet*, Nr. 372, S. 256-261.
- Mathers, C.; Loncar, D. „Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030“, in *PLoS Medicine*, Bd. 3, Nr. 11.
- McIntyre, D.; Mooney, G. 2007. *The economics of health equity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Moens, F. 1990. „Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone“, in *Social Science & Medicine*, Bd. 30, Nr. 12.
- Musango, L.; et al. 2006. „Rwanda’s health system and sickness insurance schemes“, in *International Social Security Review*, Bd. 59, Nr. 1.
- Nyonator, F.; Kutzin, J. 1999. „Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana“, in *Health Policy and Planning*, Bd. 14, Nr. 4, S. 329-341.
- Ron, A.; Abel-Smith, B.; Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries: The social security approach*. Geneva, ILO.
- Ron, A.; Scheil-Adlung, X. (Hrsg.): 2001. *Recent health policy innovations in social security* (International Social Security Series, Bd. 5). Piscataway, NJ, Transaction Publ.
- Russell, S.; Gilson, L. 1995. *User fees at government health services: Is equity being considered?* (PHP Publication, Nr. 15). London, School of Hygiene and Tropical Medicine.
- SSA; ISSA. 2007. *Social security programs throughout the world: Africa*. Washington, DC, Verwaltung für soziale Sicherheit.
- Waddington, C.; Enyimayew K. 1989. „A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana“, in *International Journal of Health Planning and Management*, Nr. 4, S. 17-47.
- Weaver, M.; et al.. 1994. „Prospects for reform of hospital fees in Sub-Saharan Africa: A case study of Niamey National Hospital in Niger“, in *Social Sciences & Medicine*, Bd. 38, Nr. 4, S. 565-574.
- Weltgesundheitsorganisation. 2000. „Who pays for health systems?“, in *World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Genf, WHO. <http://www.who.int/whr/2000/en/whr_00_ch5_en.pdf> (eingesehen am 18.05.2009).

Weltgesundheitsorganisation. 2005. *Social health insurance: Selected case studies from Asia and the Pacific*. WHO Regionalbüros Südostasien und westlicher Pazifik. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8EE02A82-B0EF-4EE3-B635465A7C67794D/0/searpno42.pdf>> (eingesehen am 18.05.1009).