



---

# Kranken- versicherung in armen Ländern

## Zugang zur Gesundheitsfürsorge für alle?

Einige Geber von Entwicklungshilfe und Regierungen armer Länder sind der Ansicht, dass Krankenversicherungen die Finanzierungslücken in nationalen Gesundheitswesen schließen können und den Armen zugutekommen. Tatsächlich sind Krankenversicherungen für diejenigen Menschen von Nutzen, die sie sich leisten können. Bisher konnte das beitragsfinanzierte Modell jedoch weder die Finanzierungslücken in den Gesundheitssystemen schließen noch den Zugang zu qualitativ ausreichender Gesundheitsfürsorge für die Armen nachhaltig verbessern. Die Geber und die Regierungen armer Länder müssen dies zur Kenntnis nehmen und die öffentlichen

**Gesundheitsausgaben erhöhen bzw. dazu beitragen. Durch Krankenversicherungssysteme, die nicht angemessen öffentlich finanziert und staatlich reguliert sind, wird das Erreichen des Ziels eines gleichberechtigten und allgemeinen Zugangs zu grundlegender Gesundheitsfürsorge eher gefährdet als gefördert.**

## Zusammenfassung

Alle Menschen haben ein Recht auf grundlegende Gesundheitsfürsorge. Die Herausforderung besteht darin, auch in Entwicklungsländern ein Gesundheitswesen aufzubauen und zu finanzieren, das diesen Anspruch erfüllt. In den vergangenen 20 Jahren wurde das Konzept verfolgt, die Gesundheitssysteme in armen Ländern durch von den Patienten zu leistende Direktzahlungen (sog. out-of-pocket payments) und Gebühren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu finanzieren. Dieser Ansatz ist jedoch gescheitert. Einige Akteure der internationalen Entwicklungszusammenarbeit vertreten nun die Auffassung, dass Krankenversicherungssysteme die Lücken in der Gesundheitsfinanzierung schließen und den Armen zugutekommen können. Dieses Papier beschreibt solche Mechanismen und untersucht, inwieweit sie bislang den in Armut lebenden Menschen eine grundlegende Gesundheitsfürsorge ermöglicht haben. Demnach wirken sich Krankenversicherungen zwar für einen Teil der Bevölkerung positiv aus, da sie den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbessern und die oftmals existenzbedrohenden Ausgaben für medizinische Leistungen senken. Ohne eine adäquate öffentliche Finanzierung aber, können sie die Erreichung des Ziels gefährden, für alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten.

Wenn nicht weitere 20 Jahre ungenutzt verstreichen sollen, müssen die Befürworter von Versicherungssystemen vor deren Einführung in armen Ländern nachweisen, dass diese tatsächlich einen allgemeinen Zugang zu grundlegender Gesundheitsfürsorge ermöglichen. In Europa dauerte es immerhin ein volles Jahrhundert, bis ein solcher universeller Zugang erreicht war. Arme Bevölkerungsschichten weltweit können jedoch nicht derart lange darauf warten.

In diesem Papier werden vier Formen der Krankenversicherung diskutiert: private Krankenversicherungen, private gewinnorientierte Mikroversicherungen, Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen und soziale Krankenversicherungen.

Über 25 Jahre nach Einführung **privater Krankenversicherungen** in Entwicklungsländern weist nichts darauf hin, dass mehr als nur eine begrenzte Gruppe von Menschen davon profitiert. In Ländern mit niedrigem Einkommen sind in der Regel weniger als 10% der Bevölkerung krankenversichert. In Ländern, in denen die Zahl der privaten Krankenversicherungen stark anstieg, haben diese kaum zu einem allgemeinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen beigetragen bzw. hatten sie aufgrund von zunehmender Ungleichbehandlung sogar negative Auswirkungen. Beispielsweise wurden in Chile die Beiträge für Frauen 2,5 mal höher angesetzt als für Männer. Aufgrund hoher Regulierungskosten und des fehlenden Aufbaus von Risikogemeinschaften hat sich die private

Krankenversicherung als zu teuer und ineffizient erwiesen, um den Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu verbessern.

Die speziell für in Armut lebende Menschen konzipierten **privaten gewinnorientierten Mikroversicherungen** erheben zwar niedrige Beiträge, bieten aber auch nur einen begrenzten Leistungsumfang. Weil wichtige Gesundheitsdienstleistungen ausgeschlossen sind, haben sie kaum zur Reduzierung der Direktzahlungen beigetragen, insbesondere nicht für die am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppen. In Indien schlossen beispielsweise 12 von 14 dieser Krankenversicherungen Geburten und schwangerschaftsbedingte Krankheiten aus, und die meisten Versicherungen nahmen keine HIV-Infizierten auf.

Bis jetzt sind zwei Millionen Menschen durch **Gemeinschafts-basierte Krankenkassen** versichert – dies entspricht ca. 0,2% der Bevölkerung Afrikas von schätzungsweise 900 Millionen. Es gibt Hinweise, dass diese Versicherungen zu einer geringfügigen Minderung der Direktzahlungen beitragen und möglicherweise auch die Stellung der Armen gegenüber den Anbietern von Gesundheitsdiensten und den politischen Entscheidungsträgern verbessern. Viele Versicherte müssen aber oft weiterhin mehr als 40% der von ihnen benötigten medizinischen Dienstleistungen selbst bezahlen. Nur durch die Anbindung an die nationalen Gesundheitssysteme und eine hohe Subventionierung können die Gemeinschafts-basierten Krankenversicherungen eine Minimalversorgung für Arme bereitstellen.

In den meisten Industrieländern ist durch die Einführung **sozialer Krankenversicherungen** eine universelle Absicherung erreicht worden. Die Bedingungen in den meisten armen Ländern erlauben es jedoch nicht, die Bevölkerung stärker in soziale Krankenversicherungen einzubeziehen. Im informellen Sektor Arbeitende (in einigen Ländern 80% der erwerbstätigen Bevölkerung) und Arbeitslose bleiben fast immer ausgegrenzt, wie das Beispiel Ghana verdeutlicht (siehe S. 22). Nur in denjenigen Ländern, in denen das Gesundheitswesen mit beträchtlichen Steuermitteln subventioniert wird und bereits zuvor eine leistungsfähige Infrastruktur und Verwaltung bestand, konnte die Absicherung in Armut lebender Menschen durch soziale Krankenversicherungen erheblich ausgeweitet werden.

Versicherungssysteme werden üblicherweise aufgrund der Leistungen für ihre jeweiligen Mitglieder bewertet. Aber diese Bewertung lässt die Auswirkungen solcher Systeme auf die Gesamtbevölkerung außer Acht – insbesondere auf in Armut lebende Menschen, die sich keine Vorauszahlungen in Form von Beiträgen leisten können. Für die Einführung von Krankenversicherungen in armen Ländern wird daher Folgendes empfohlen:

- Empfänger- und Geberländer sollten Versicherungssysteme nicht nur hinsichtlich ihrer Vorteile für einzelne Gruppen der Versicherten bewerten, sondern auch im Hinblick darauf, was sie zur Absicherung der gesamten Bevölkerung beitragen, ob sie einen gleichen Zugang für alle (sog. horizontale Gerechtigkeit) und einen dem Bedarf angepassten Zugang (sog. vertikale Gerechtigkeit) fördern, sowie hinsichtlich ihrer Effizienz.
- Die Gesundheitsfinanzierung sollte speziell auf die Bedürfnisse von besonders bedürftigen Gruppen ausgerichtet werden, z. B. Frauen, Arme, ältere Menschen und HIV-Infizierte. Diese werden von den Versicherungssystemen meist besonders ausgegrenzt.

- Die Regierungen armer Länder müssen die nationalen Gesundheitsausgaben aufstocken und sollten daher darauf hinarbeiten, ihre Steuereinnahmen zu erhöhen. Die Geber sollten diesen Prozess durch die Bereitstellung direkter Finanzierungshilfen für die nationalen Haushalte bzw. den Gesundheitssektor (sog. allgemeine bzw. sektorbezogene Budgethilfe) unterstützen. Dadurch könnten in relativ kurzer Zeit eine allgemeine Absicherung und ein allgemeiner Zugang zu grundlegender Gesundheitsfürsorge erreicht werden. Die Regierungen sollten insbesondere auf eine ausreichende Finanzierung für die überaus wichtigen Vorsorgeleistungen achten (die besonders bei privaten Krankenversicherungen zu kurz kommen) und das öffentliche Gesundheitsbewusstsein stärken.
- Nationale Strategien zur Stärkung des Gesundheitswesens, die im Rahmen der im Jahr 2007 ins Leben gerufenen International Health Partnership und darüber hinaus entwickelt werden, sollten auf die Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung abgestimmt sein und einen Plan zum Erreichen eines allgemeinen Zugangs zu grundlegender Gesundheitsfürsorge beinhalten. Die ausreichende und nachhaltige Finanzierung dieser Pläne muss sichergestellt werden. Die Geber-Regierungen sollten die bisherigen einschlägigen Erfahrungen sorgfältig zur Kenntnis nehmen und prüfen, ob Krankenversicherungen ein Weg zum Erreichen allgemeiner Gesundheitsfürsorge sein können oder nicht.
- Arme Länder, die Gebühren für medizinische Leistungen abschaffen und eine kostenlose, steuerfinanzierte Gesundheitsfürsorge ausweiten wollen, sollten dahingehend unterstützt werden, da dies ein vielversprechender und gerechter Weg zum Zugang für alle sein könnte.
- Während viele Geber ein System der Risikoverteilung in Entwicklungsländern unterstützen, handeln sie selbst oftmals nicht nach dem Prinzip weltweiter Solidarität, denn sie bleiben weit hinter ihren Entwicklungshilfeversprechen zurück. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, damit in Armut lebende Menschen in Entwicklungsländern ihr Recht auf grundlegende Gesundheitsfürsorge wahrnehmen können.

# 1 Einführung

*„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“*

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948), Artikel 25 (1).

Dreißig Jahre nach der Erklärung von Alma-Ata haben, einer Schätzung der Vereinten Nationen zufolge, weltweit noch immer 1,3 Milliarden Menschen keinen Zugang zu einer minimalen grundlegenden Gesundheitsfürsorge.<sup>1</sup> Obwohl das Recht auf soziale Sicherheit und Gesundheitsfürsorge im internationalen Recht fest verankert ist, kommen Regierungen in vielen armen Ländern sowie bi- und multilaterale Geber nicht ihrer Aufgabe nach, dieses Recht für alle Menschen sicherzustellen.<sup>2</sup> Es bestehen diesbezüglich weiterhin riesige Unterschiede zwischen reichen und armen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und auch zwischen ihnen.<sup>3</sup>

Der überwältigenden Mehrheit in Armut lebender Menschen in armen Ländern stehen entweder überhaupt keine öffentlichen Gesundheitsdienste zur Verfügung oder sie sind für sie unerschwinglich.<sup>4</sup> Jährlich werden weltweit 100 Millionen Menschen dadurch in die Armut getrieben, dass sie für erforderliche Gesundheitsdienstleistungen bezahlen müssen.<sup>5</sup> Der Jahresbericht des Social Watch-Netzwerks

---

<sup>1</sup> UNCTAD-Webseite und ILO (2007). Die Erklärung von Alma-Ata wurde auf der Internationalen WHO-Konferenz zur Basisgesundheitsfürsorge im September 1978 verabschiedet. In der Erklärung wurde bekräftigt, dass Gesundheit ein Grundrecht ist, und die Regierungen der UN-Mitgliedstaaten wurden dazu aufgerufen, eine grundlegende Gesundheitsfürsorge als Kernelement eines umfassenden nationalen Gesundheitssystems einzuführen bzw. aufrecht zu erhalten. Ebenso wurde der Überzeugung Ausdruck verliehen, dass bis zum Jahr 2000 durch einen höheren und besseren Einsatz von Ressourcen eine ausreichende Gesundheitsfürsorge für jeden Menschen weltweit erreicht werden könnte.

<sup>2</sup> Die entsprechenden Rechte sind in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948), Artikel 22 und 25 (1), im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966), Artikel 9 und 11 (1) sowie im Übereinkommen über die Rechte des Kindes (1989), Artikel 26 (1) und 27 (1 und 3) enthalten.

<sup>3</sup> Eine Studie aus dem Jahr 2004 ergab, dass in den Ländern Afrikas südlich der Sahara nur durchschnittlich 32% der Kinder aus dem ärmsten Fünftel der Bevölkerung vollen Impfschutz erhielten, im Vergleich zu 62% im reichsten Fünftel. D. Carr (2004) „Improving the health of the world’s poorest people“, *Health Bulletin* 1, Washington, DC: Population Reference Bureau.

<sup>4</sup> Oxfam International (2006)

<sup>5</sup> ILO (2007)

aus dem Jahr 2007 kommt zu dem Schluss, dass bei Fortschreibung des gegenwärtigen Entwicklungsfortschritts in den Ländern Afrikas südlich der Sahara die Bereitstellung einer minimalen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung erst im Jahr 2108 erreicht wird. Das Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele im Bereich Gesundheit – die Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit sowie der Ausbreitung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose – bis zum Jahr 2015 rückt vor diesem Hintergrund in weite Ferne.<sup>6</sup>

## Erhöhtes Interesse an Krankenversicherungen zum Schließen der Finanzierungslücke im Gesundheitswesen

Seit Jahrzehnten sind die Gesundheitssysteme armer Länder unterfinanziert, vor allem weil die Regierungen dieser Länder und die internationale Gebergemeinschaft ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen.<sup>7</sup> Daher wurden Behandlungsgebühren für Gesundheitsdienstleistungen ein wichtiger Bestandteil der Finanzierung des nationalen Gesundheitswesens. In der internationalen Entwicklungsdebatte wird mittlerweile zunehmend anerkannt, dass Behandlungsgebühren eine ungerechte Form der Finanzierung, ein Hemmnis für den Zugang zu Gesundheitsfürsorge sowie eine Ursache für Verarmung sind und deshalb konkrete Maßnahmen ergriffen werden müssen, um sie abzuschaffen.<sup>8</sup>

Entwicklungsländer, multilaterale Entwicklungsinstitutionen (vor allem die Weltbank, die Internationale Finanzkorporation (IFC), die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO)) sowie einige Geberländer (z.B. Frankreich, Deutschland und die Niederlande) bekunden zunehmendes Interesse an der Einführung von Krankenversicherungen in armen Ländern. Beispielsweise ist Deutschland Initiator der sog. „Providing for Health“-Initiative, mit der soziale Schutzmechanismen, darunter auch

---

<sup>6</sup> *Social Watch Report* (2007). Diese Berechnung basiert auf dem Prozentsatz von Geburten, die durch Gesundheits-Fachpersonal begleitet wurden, der Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren und dem Prozentsatz von Kindern in der ersten Klasse, die die fünfte Klasse erreichen.

<sup>7</sup> Siehe dazu Kapitel 3. Neben einer ausreichenden Finanzierung ist die ungenügende Koordination der Geberaktivitäten ein zentrales Problem für eine effektive Entwicklungskooperation. Im Rahmen der sog. Pariser Erklärung über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit (sog. Paris-Deklaration) wurde daher im Jahre 2005 ein Zielkatalog für eine qualitativ verbesserte Hilfe verabschiedet. Das nächste hochrangige Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit wird im September 2008 in Accra stattfinden. Der Gesundheitssektor wird einer der Bereiche sein, in denen die Umsetzung der Ziele von Paris durch die Geber gemessen wird.

<sup>8</sup> Bijlmakers et al. (2006). Auch die Weltbank äußerte in ihrem Strategiepapier zu Gesundheit, Nahrung und Bevölkerung im Jahr 2007 (World Bank, 2007, § 105): „Auf Anfrage eines Partnerlandes ist die Bank sofort bereit, Länder zu unterstützen, die Behandlungsgebühren für öffentliche Gesundheitsdienste abschaffen möchten.“

soziale Krankenversicherungen, in Entwicklungsländern gefördert werden sollen. Nach Ansicht ihrer Befürworter könnten Krankenversicherungssysteme dazu beitragen, die notwendigen Mittel für das Gesundheitswesen gerechter zu erheben und zu verteilen, da sie auf Vorauszahlungen in Form von Beiträgen und dem Prinzip der Risikoverteilung basieren und nicht ausschließlich auf Direktzahlungen für die Behandlung angewiesen sind.<sup>9</sup> Unter den Befürwortern bestehen jedoch Meinungsverschiedenheiten darüber, in welchem Ausmaß Gesundheitssysteme auch durch Steuermittel finanziert und welche Formen von Versicherungssystemen eingeführt werden sollten.<sup>10</sup> Ebenso sind unterschiedliche Auffassungen über die Rolle der nationalen Regierungen und sogar darüber, bis zu welchem Grad ein gleicher Zugang zur Gesundheitsfürsorge überhaupt angestrebt werden sollte, festzustellen.<sup>11</sup>

Da in Armut lebende Menschen besonders von Krankheiten betroffen sind, ist das Gerechtigkeitsprinzip im Gesundheitswesen von fundamentaler Bedeutung: Menschen in Armut erkranken häufiger, bleiben länger krank, haben eine kürzere Lebenserwartung und erleiden durch Krankheiten bedingte Einkommensverluste.

---

<sup>9</sup> Die auf der Weltgesundheitsversammlung 2005 verabschiedete Resolution WHA58.33 zu nachhaltiger Gesundheitsfinanzierung und universeller sozialer Krankenversicherung rief die Mitgliedstaaten auf, sicherzustellen, dass Systeme zur Gesundheitsfinanzierung Mechanismen enthalten, die auf Vorauszahlungen durch Beiträge abzielen. Weitere wichtige internationale Veranstaltungen zu Krankenversicherungen und/oder sozialem Gesundheitsschutz waren die Berliner Konferenz zur Gesundheitsfürsorge und deren Handlungsempfehlungen (2005), die Pariser Konferenz zu Gesundheitsfürsorge in Entwicklungsländern (2007) und die Präsentation der Initiative „Providing for Health“ beim G8-Gipfel 2007. Außerdem vereinbarten die Europäische Union und die Länder Afrikas im Jahr 2007 im Rahmen ihrer strategischen Partnerschaft einen Aktionsplan, in welchem sie zusagten, auf den Aufbau eines sozialen Gesundheitsschutzsystems hinzuwirken sowie regionale und nationale Gesundheitssysteme zu stärken. Dies umfasst auch die Abschaffung von Behandlungsgebühren für die grundlegende Gesundheitsfürsorge.

<sup>10</sup> Die ILO befürwortet stark einen auf dem Rechtsprinzip basierenden Ansatz eines sozialen Gesundheitsschutzes mit dem besonderen Augenmerk auf die Bevölkerungsteile, die gegenwärtig nicht versichert sind: „Alle Möglichkeiten von Finanzierungsmechanismen sollten in Erwägung gezogen werden, sofern sie zur universellen Absicherung und einem gerechten Zugang beitragen.“ (ILO, 2007). Die Internationale Finanzkorporation (IFC), Finanzgeber der Weltbank für den privaten Sektor, befürwortete in ihrer Privatsektor-Strategie im Jahr 2007, dass Steuermittel und Gelder der Geber in den privaten Gesundheitssektor gelenkt werden sollten, darunter auch in private Krankenversicherungen. Ein Beispiel für das gestiegene Interesse an Krankenversicherungen auf Seiten der Geberländer sind die Niederlande: Das niederländische Entwicklungsministerium hat im Jahr 2006 eine Hilfe in Höhe von 100 Mio. Euro bewilligt, um die private Krankenversicherung für Gruppen mit geringerem Einkommen zu subventionieren. Allerdings haben sich weder die Niederlande noch Frankreich eindeutig festgelegt, welche Form der Gesundheitsfinanzierung in armen Ländern generell zu bevorzugen ist.

<sup>11</sup> In einigen Fällen scheint hier die Überlegung zu sein, dass der Mangel an Ressourcen ungleiche Versorgungsleistungen, wie einen geringeren Zugang für Arme, rechtfertigt und dass man sich zunächst auf die Ausweitung der Absicherung auf die Bevölkerungsgruppen konzentrieren sollte, die Beiträge zahlen können, wie z.B. Arbeiter im formellen Sektor oder Bessergestellte.

Gerechtigkeit bedeutet daher nicht nur gleichen Zugang für alle (d. h. horizontale Gerechtigkeit) zu schaffen, sondern auch unterschiedlichen, dem Bedarf angepassten Zugang (d. h. vertikale Gerechtigkeit). Gerechtigkeit im Gesundheitswesen bedeutet letztendlich strukturell bedingte ungerechte Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen sozialen Gruppen zu reduzieren.<sup>12</sup> Die Bemühungen der beteiligten Akteure müssen darauf abzielen, die Absicherung der gesamten Bevölkerung zu fördern und dabei vor allem in Armut lebende Menschen und andere benachteiligte Gruppen im Blick zu haben. Denn bislang bleibt einem Großteil der armen Bevölkerungsschicht und vielen bedürftigen Gruppen der Zugang zu grundlegender Gesundheitsfürsorge im Krankheitsfall verwehrt.

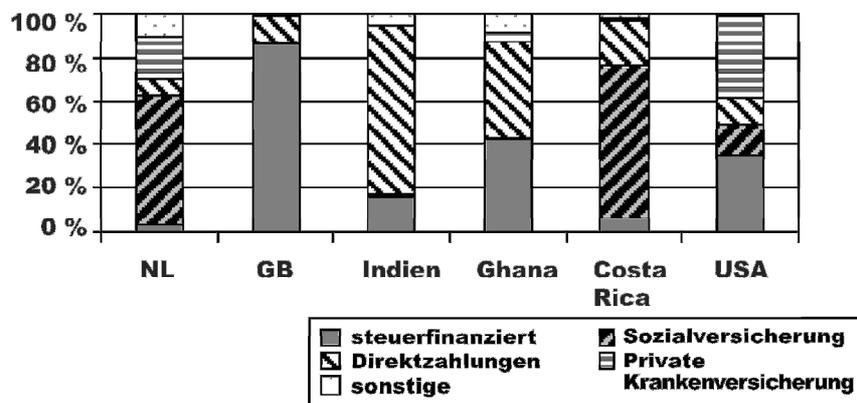
---

<sup>12</sup> [www.who.int/hhr/activities/Report%20indicatorsmtg04%20FINAL.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/Report%20indicatorsmtg04%20FINAL.pdf)

## 2 Krankenversicherungen – ein Beitrag zur Gesundheitsfinanzierung für die Ärmsten?

Eine gute Gesundheitsfinanzierung muss ausreichend Mittel für das Gesundheitswesen mobilisieren, die richtigen finanziellen Anreize für Anbieter im Gesundheitsbereich festlegen und sicherstellen, dass Jede/r Zugang zu einer effizienten Gesundheitsfürsorge hat.<sup>13</sup> Es darf nicht sein, dass Menschen sich eine grundlegende Gesundheitsfürsorge nicht leisten können oder aufgrund ihrer Ausgaben für Gesundheitsfürsorge in die Armut getrieben werden. In den meisten reichen Ländern ist das Gesundheitswesen entweder vorwiegend steuerfinanziert (wie z. B. in Großbritannien) oder durch eine vorgeschriebene Krankenversicherung beitragsfinanziert (wie z. B. in Frankreich und Deutschland). In vielen armen Ländern beruht die Finanzierung des Gesundheitssystems hingegen größtenteils auf Direktzahlungen der Patienten für ihre Behandlung. Zudem sind viele arme Länder stark auf Geberunterstützung angewiesen. Sowohl in reichen als auch in armen Ländern beruht die Finanzierung des Gesundheitswesens auf einer Kombination aus zwei oder mehr Modellen (siehe Abbildung 1).

Abb. 1: Gesundheitsfinanzierung in ausgewählten Ländern<sup>14</sup>



<sup>13</sup> WHO (2000).

<sup>14</sup> auf Grundlage der WHO-Länderstatistik (2001).

Wie das Gesundheitssystem eines Landes finanziert wird, ist in hohem Maße historisch bedingt und auf die wirtschaftliche Situation, die institutionelle Leistungsfähigkeit und die Kultur eines jedes Landes zurückzuführen.

Die Befürworter von Krankenversicherungen in armen Ländern sind der Meinung, dass diese die Finanzierung des Gesundheitssystems und den Zugang zur Gesundheitsfürsorge in armen Ländern insbesondere aufgrund folgender Faktoren verbessern:

- Ein Versicherungssystem, das sich auf individuelle Beiträge stützt, kann die Ressourcen für die Gesundheitsfürsorge erhöhen. Dadurch werden öffentliche Mittel frei, die dann für in Armut lebende Menschen aufgewendet werden können.
- Versicherungsbeiträge sind im Vergleich zu fluktuierenden Steuereinnahmen eine verlässlichere Finanzierungsquelle. Außerdem werden hierdurch private Investitionen in den Gesundheitsbereich erleichtert.
- Die Bündelung von Geldern ermöglicht eine Quersubventionierung zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Reichen und Armen.
- Eine Versicherung reduziert die Unsicherheit für die Bürger und verschafft ihnen finanziellen Schutz gegen Verarmung in Folge einer Krankheit.
- Krankenversicherungen tragen zu einer qualitativ besseren Gesundheitsfürsorge bei, indem sie die Leistungsfinanzierung (durch z.B. Krankenversicherungen) und die Bereitstellung von Leistungen (durch z.B. Krankenhäuser) trennen. Eine verbesserte Qualitätskontrolle gelingt vor allem dann, wenn die Zahlung auf der erbrachten Leistung beruht.
- Die Menschen sind eher bereit, Beiträge für eine Krankenversicherung zu entrichten, als Steuern zu zahlen, da ihr Beitrag mit einem individuellen Anspruch verbunden ist.

Bei näherer Betrachtung unterliegen aber alle derzeit diskutierten Formen der Krankenversicherung – private Krankenversicherungen, Mikroversicherungen, Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen und soziale Krankenversicherungen – in armen Ländern starken Einschränkungen. Diese resultieren aus einer unzureichenden und wenig berechenbaren Finanzierung, einem ungleich verteilten Risiko und Schutzniveau innerhalb der Gruppe der Versicherten sowie aus der Schwierigkeit, die Versorgungsqualität zu verbessern. Somit bestehen erhebliche Zweifel, ob Krankenversicherungen zu gerechten und effizienten Gesundheitssystemen in armen Ländern beitragen können.

## Private Krankenversicherung

Sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern entscheiden sich Regierungen immer öfter zur Einführung privater Krankenversicherungen. Einige entwicklungspolitische Akteure schreiben ihnen auch in Afrika ein großes Potential zu.<sup>15</sup> Insbesondere die Weltbank hat den Ausbau des privaten Versicherungsmarktes in Lateinamerika, Osteuropa und Zentralasien maßgeblich vorangetrieben. Die Absicherung durch private Krankenversicherungen ist jedoch immer noch begrenzt: Im Jahr 2005 überstieg sie weltweit nur in sechs Ländern 20% der gesamten Gesundheitsausgaben und in armen Ländern sind weniger als 10% der Bevölkerung privat versichert.<sup>16</sup>

### **Private Krankenversicherungen führen zu Ungleichbehandlung**

Zwar können private Krankenversicherungen den finanziellen Schutz und den Zugang zu (qualitativ hochwertiger) Gesundheitsfürsorge für diejenigen erhöhen, die sich die Beiträge leisten können, aber sie haben vor allem dann Ungleichbehandlungen zur Folge, wenn benachteiligte Bevölkerungsgruppen keine Beihilfen für ihre Beiträge erhalten. Wie man in den USA beobachten kann, können private Krankenversicherungen zu Kostenerhöhungen und ungleichem Zugang führen, wenn staatliches Eingreifen unterbleibt.<sup>17</sup> Einer Schätzung des Institute of Medicine zufolge sterben jährlich 18.000 Amerikaner vorzeitig, weil sie nicht krankenversichert sind.<sup>18</sup> Obwohl die USA weltweit die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit haben, gewährleistet das gegenwärtige US-System im Gegensatz zu Systemen anderer Industrienationen keine allgemeine Absicherung. Der Ruf nach einer baldigen Reform wird daher immer lauter.<sup>19</sup>

Private Krankenversicherungen können für ihre oft kleine Anzahl an Mitgliedern von großem Vorteil sein. Aber in bestimmten Ländern, in denen die Zahl der privaten Krankenversicherungen stark zunahm, war deren Beitrag zu einem allgemeinen Zugang zur Gesundheitsfürsorge unerheblich, wenn sie nicht sogar die Probleme verschärften.<sup>20</sup> Im Falle lateinamerikanischer Länder, in denen die

---

<sup>15</sup> Siehe das IFC-Strategiepapier „The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People’s Lives“ sowie die Argumentation für die niederländische Finanzierung des Health Insurance Fund in Nigeria; siehe z. B. Jütting und Drechsler (2005).

<sup>16</sup> Jütting und Drechsler (2005). Zu den Ländern, in denen 20% oder mehr der Bevölkerung durch private Krankenkassen versichert sind, gehören Uruguay, Kolumbien, Brasilien, Chile, Thailand, Namibia und Südafrika.

<sup>17</sup> Siehe z. B. die von der National Coalition on Health Care (NCHC) 2007 aufgeführten Daten.

<sup>18</sup> UNDP-Bericht über die menschliche Entwicklung (2005) in Oxfam International (2006)

<sup>19</sup> Reuters 2008.

<sup>20</sup> Siehe z. B. Jütting und Drechsler (2005) sowie Barrientos und Sherlock (2002).

private Krankenversicherung in den 1980er Jahren eingeführt wurde, sind in der Regel die Bevölkerungsteile mit dem höchsten Einkommen privat versichert; die einkommensschwachen Gruppen sind hingegen weiterhin durch die parallel existierenden Sozialversicherungssysteme versichert, die weniger Leistungen anbieten – oder sie sind überhaupt nicht krankenversichert. Beispiele dafür sind in Argentinien, Chile, Kolumbien, Brasilien und Peru zu finden.<sup>21</sup> Dieser Mangel an Gleichbehandlung und Effizienz führt zu der Frage, warum Geber und Regierungen eigentlich weiterhin private Krankenversicherungssysteme als Lösung für Entwicklungsländer vorantreiben.<sup>22</sup> Er ist auch der Grund, dass sich in einigen Ländern zivilgesellschaftliche Gruppen immer heftiger gegen Privatisierungsvorhaben im Gesundheitsbereich zur Wehr setzen, wie z.B. gegenwärtig in Ägypten.<sup>23</sup>

In privaten Krankenversicherungen ist die Mitgliedschaft im Allgemeinen freiwillig, und die Beitragshöhe richtet sich nach dem individuellen Risikoprofil, d.h. der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung des jeweiligen Mitgliedes. Dies fördert nicht das Solidarprinzip (Risikoverteilung) zwischen Menschen mit hohen und niedrigen Risiken. Es animiert die Versicherungsunternehmen hingegen, Verträge so zu entwerfen, dass Menschen mit unterdurchschnittlichen Gesundheitsrisiken angesprochen und diejenigen mit höheren Gesundheitsrisiken ausgegrenzt werden – zum Beispiel durch Untersuchungen, Ausschlüsse, Wartezeiten und Zuzahlungen. Die Versicherungsunternehmen rechtfertigen diese Praxis des „Rosinen aus dem Kuchen picken“ mit der Behauptung, dass freiwillige Versicherungssysteme sonst vor allem Menschen mit hohen Gesundheitsrisiken anziehen würden (ein Prozess, der als adverse Selektion bezeichnet wird). Die Praxis führt zur Diskriminierung und Ausgrenzung von bestimmten Risikogruppen, wie Frauen, ältere Menschen und HIV-Infizierte (siehe Kasten 1).

In einigen Ländern wurden spezielle Maßnahmen ergriffen, um auch Ärmere in das Versicherungssystem mit einzubeziehen. Dies geschieht zum Beispiel durch staatliche Beitragszahlungen für Menschen, die unter einer bestimmten Armutsgrenze leben. Es bleibt aber offen, wie denjenigen Menschen geholfen wird, die nicht arm

---

<sup>21</sup> Jütting und Drechsler (2005).

<sup>22</sup> Homedes und Ugalde (2004) argumentieren, dass transnationale Firmen, Gesundheits-Dienstleister, Beratungsfirmen und Mitarbeiter der Weltbank zu den Hauptnutznießern der neoliberalen Reformen gehören. Das Forschungsinstitut der Vereinten Nationen für soziale Entwicklung (UNRISD) macht darauf aufmerksam, dass ein inklusiveres Gesundheitssystem sehr wahrscheinlich eine starke Regulierung der privaten Krankenversicherungen erfordert (UNRISD, 2007).

<sup>23</sup> In Ägypten führt das Nationale Komitee zur Verteidigung des Menschenrechts auf Gesundheit, das aus 50 verschiedenen zivilgesellschaftlichen Organisationen und politischen Parteien besteht, einen Rechtsstreit und eine öffentliche Kampagne gegen die angekündigte Reform zur Privatisierung des Krankenversicherungssystems, das größtenteils von der Weltbank, der EU und USAID finanziert wird.

genug sind, um Anspruch auf staatliche Unterstützung zu haben, aber auch nicht wohlhabend genug, um die Beiträge selbst zu zahlen. Zudem können Menschen teilweise nicht „nachweisen“, dass sie zu arm sind. Wenn nur ein Bruchteil der in Armut lebenden Menschen subventioniert wird, stellt sich die Frage, inwiefern die nicht unterstützten Armen noch Zugang zu Versorgungsleistungen erhalten.

#### **Kasten 1: Private Krankenversicherung in Chile**

In Chile ermöglichten die Reformen von 1980 eine Konkurrenz zwischen privaten Versicherungsgesellschaften (ISAPREs) und dem staatlichen Gesundheitsfonds (FONASA). Die beiden Systeme beruhen auf unterschiedlichen Prinzipien: Die FONASA wird durch Beiträge in Höhe von 7% des Bruttolohns finanziert und schließt keine Leistungen aus, während die ISAPREs die Beiträge und Leistungskataloge dem Risikoprofil des jeweiligen Mitglieds anpassen können.

Infolgedessen haben die reichsten und gesündesten 27% der chilenischen Bevölkerung Verträge mit den ISAPREs, die erweiterte Leistungspakete für höhere Beiträge anbieten, abgeschlossen, während fast alle Arbeiter/innen mit niedrigem Lohn und deren Familien sowie die Mehrheit der über 60-Jährigen weiterhin durch die FONASA versichert sind.

Diese Aufteilung der Bevölkerung in verschiedene Risikogruppen hat die Möglichkeit für Quersubventionierung und Risikoverteilung eingeschränkt und zu einer drastischen Segmentierung des Marktes geführt. Außerdem hat sie in den Gesundheitsprogrammen von ISAPRE zu Diskriminierungen gegen Frauen geführt; die Beiträge für Frauen sind in der Regel 2,5 Mal so hoch wie die für Männer.<sup>24</sup> Das überzogene Profitinteresse des Privatsektors wurde offensichtlich, als ein privater Versicherungsträger Frauen zwischen 18 und 45 nicht mehr in die Krankenversicherung aufnahm, nachdem die Regierung das Mutterschaftsgeld abgeschafft hatte.<sup>25</sup>

#### **Die Ineffizienz privater Krankenversicherungen**

Um wachsende Ungerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu vermeiden, ist eine Regulierung des privaten Versicherungsmarktes unabdingbar. Ohne gesetzliche Regelungen führen private Krankenversicherungen zu einer Kostenexplosion, einer Verschlechterung der öffentlichen Gesundheitsdienste, eingeschränkten Vorsorgeuntersuchungen und einer zunehmenden Ungleichbehandlung von Armen und Bessergestellten.<sup>26</sup> In den meisten armen Ländern fehlt es aber an den Voraussetzungen für effektive staatliche Aufsicht. Die Regulierung von privaten Krankenversicherungen ist kompliziert, und die damit verbundenen Kosten können sich auf bis zu 30% der Beitragseinnahmen belaufen.<sup>27</sup> Dies ist ein Grund, warum die Verwaltungskosten von privaten Kranken-

---

<sup>24</sup> PAHO/WHO (2001).

<sup>25</sup> Lethbridge (2002) in Oxfam International (2006).

<sup>26</sup> Jütting und Drechsler (2005).

<sup>27</sup> Kumaranayake und Lilani (1998).

versicherungen auf bis zu zehn Mal höher als die von sozialen Krankenversicherungen geschätzt werden.<sup>28</sup>

Geber und Regierungen sollten sich daher die Frage stellen, ob sie nicht lieber auf einen effizienteren Mechanismus setzen sollten, der einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem auch für in Armut lebende Menschen ermöglichen würde. Wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen in den öffentlichen Gesundheitssektor – der bis jetzt nie ausreichend finanziert wurde – investiert würden, könnte ein universeller und fairer Zugang zur Gesundheitsfürsorge wohl schneller erreicht werden.

## Private Mikro-Krankenversicherungen

Weltweit sind ungefähr 35 Millionen Menschen durch diese Kleinst-Versicherungen, die von privaten Trägern wie Versicherungsgesellschaften oder Mikrofinanzierungsinstituten (MFIs) angeboten werden, krankenversichert. Von diesen Menschen leben 90% in Asien, 9% in Afrika und 1% in Nord- und Südamerika. Der Hauptunterschied zwischen privaten Krankenversicherungen und der Mikro-Krankenversicherung ist, dass Letztere speziell für in Armut lebende Menschen konzipiert ist. Trotzdem sind beide in der Regel gewinnorientiert. Die Beiträge der Mikro-Versicherungen sind zwar niedrig, die Versorgungsleistungen sind allerdings auch eingeschränkt. Zudem bleiben die Ärmsten auch hier ausgegrenzt.

Die Absicherung durch die Mikro-Versicherer beinhaltet oft grundlegende Gesundheitsfürsorge und auch (in begrenztem Rahmen) Krankenhausaufenthalte. Dies kann arme Haushalte vor die Existenz bedrohenden Gesundheitsausgaben schützen.<sup>29</sup> Die Absicherung durch solche Systeme ist jedoch häufig nur limitiert. Das Beispiel Indien verdeutlicht, dass Mikro-Krankenversicherungen durch den Ausschluss wichtiger Leistungen nur zu einer geringfügigen Reduzierung der Direktzahlungen führen, welche die Patienten trotzdem leisten müssen. Die Mitgliedschaft in einer Versicherung ist aber letztlich bedeutungslos, wenn lebenswichtige Versorgungsleistungen und Medikamente unbezahlbar oder nicht im Leistungspaket enthalten sind.

Mikro-Krankenversicherungen tragen nicht zu einer Quersubventionierung zwischen reicheren und ärmeren Mitgliedern einer Gesellschaft und somit nicht zum Aufbau einer Risikogemeinschaft bei.<sup>30</sup> Sie laufen vielmehr den Zielen der Gleichbehandlung und eines

---

<sup>28</sup> Mahal, in Jütting und Drechsler (2005).

<sup>29</sup> Roth und McCord (2007).

<sup>30</sup> Die Fragmentierung von Risikogemeinschaften ist ein bekanntes Phänomen in den meisten ärmeren Ländern. Der Begriff bezieht sich auf eine Situation, in der mehrere öffentliche und private Versicherungsmöglichkeiten vorhanden sind. Dies limitiert die Größe der Risikogemeinschaft, erhöht die Verwaltungskosten, erzeugt Probleme hinsichtlich einer Gleichbehandlung der Bürger und führt zu Risikoselektion – beispielsweise ist dies der Fall, wenn Bevölkerungsschichten mit

allgemeinen Zugangs zum Gesundheitssystem zuwider, besonders wenn sie Menschen mit höheren Risikoprofilen (z. B. HIV-Infizierte, ältere Menschen) ausgrenzen oder risikoabhängige Beiträge festsetzen. Fazit: Mikro-Versicherungen haben bestimmte Vorzüge, weisen aber auch ernsthafte Schwächen auf.

#### **Kasten 2: Die Fragmentierung der Risikogemeinschaft in Indien**

In Indien ist die Zahl der Mikro-Versicherungsträger seit dem Jahr 2000 gestiegen.<sup>31</sup> Private Versicherungsgesellschaften dürfen auf dem indischen Markt unter der Bedingung tätig werden, dass sie auch Versicherungen für einkommensschwache Haushalte anbieten. Von den 14 Mikro-Versicherern im Jahr 2005 kamen neun für Krankenhauskosten auf. Zwölf Versicherungen schlossen jedoch Geburten und schwangerschaftsbedingte Krankheiten aus, und die meisten nahmen keine HIV-Infizierten auf.

Eine Feldstudie von sechs Krankenversicherungsträgern in Indien ergab, dass sie sich zwar positiv auf die Reduzierung der Existenz bedrohender Gesundheitsausgaben bei Krankenhausaufenthalten auswirkten, aber nur zu einem geringfügigen Rückgang der von Patienten geleisteten Direktzahlungen führten, da Krankenhausaufhalte nur 11% der gesamten Gesundheitsausgaben eines Haushaltes ausmachten.<sup>32</sup>

## Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen

Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen sind ein nicht auf Gewinn ausgerichtetes System, das auf dem Solidarprinzip innerhalb einer relativ kleinen Gruppe von Menschen beruht. Sie variieren erheblich in Bezug darauf, wen sie versichern, wie und wofür sie Versicherungen anbieten und zu welchen Kosten. Die Mehrheit der Gemeinschafts-basierten Krankenversicherungen ist in ländlichen Gegenden zu finden, und ihre Mitglieder leben in relativer Armut. Die bekanntesten Beispiele sind die sogenannten *mutuelles de santé* in Afrika.<sup>33</sup>

Die Zahl Gemeinschafts-basierter Krankenversicherungen ist in West- und Zentralafrika rapide gestiegen: von 76 aktiven Versicherungsgemeinschaften im Jahr 1997 auf 199 im Jahr 2000 und 306 im Jahr 2003. Weitere 220 Versicherungen sind im Entstehen begriffen.<sup>34</sup> Rund zwei Millionen der etwa 900 Millionen Menschen

---

hohem und niedrigem Einkommen und Gruppen mit hohem und geringem Risiko jeweils ihre eigene Risikogemeinschaft bilden. Wie im Fall von Ghana deutlich wird, stoßen Länder, die (durch soziale Krankenversicherungen) eine universelle Absicherung anstreben, bei dem Versuch, diese aufgeteilten Gemeinschaften in ein System zu integrieren, auf ernsthafte Schwierigkeiten.

<sup>31</sup> Ebd.

<sup>32</sup> Dror (2007).

<sup>33</sup> Zu den Beispielen Gemeinschafts-basierter Krankenversicherungen in Zentralasien gehören die Revolving Drug Fund Schemes in Armenien, Aserbaidschan und Georgien.

<sup>34</sup> Waelkens et al. (2005).

umfassenden Bevölkerung Afrikas<sup>35</sup> sind im Rahmen von Gemeinschafts-basierten Krankenversicherungen versichert; 70% dieser Kassen haben weniger als 30.000 Mitglieder und 26% weniger als 3.000. Etwa 64% der *mutuelles de santé* erheben Beiträge von weniger als 1 US-Dollar pro Monat.<sup>36</sup>

Wegen ihrer geringen Größe, der freiwilligen Mitgliedschaft und den niedrigen Beiträgen sind bei Gemeinschafts-basierten Versicherungen Probleme hinsichtlich ihrer finanziellen Tragfähigkeit und der verfügbaren Verwaltungskapazitäten zu beobachten. Die Versicherungsverwalter/innen arbeiten häufig ehrenamtlich, was zwar die Verwaltungskosten relativ niedrig (zwischen 5% und 17% der gesamten Einnahmen)<sup>37</sup> hält. Aber ihnen mangelt es oft an den notwendigen Fähigkeiten und der Zeit, um durch eine adäquate Administration die Effizienz der Versicherung zu erhöhen.

Ein wichtiger Unterschied zwischen privaten Mikro- und Gemeinschafts-basierten Versicherungen besteht darin, dass Letztere von ihren Mitgliedern selbstverwaltet werden. Gemeinschafts-basierte Versicherungen können daher die Teilhabe von Gemeinschaften an der Entscheidungsfindung und der Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge verstärken, sodass die Gesundheitsdienstleistungen bedarfsgerechter gestaltet werden können. Es spricht jedoch kaum etwas dafür, dass Gemeinschafts-basierte Versicherungen die Gesundheitssituation umfassend verbessern.

Die Beiträge dieser Versicherungen orientieren sich am Risikoprofil der Gemeinschaft und nicht an dem einzelner Mitglieder. Das bedeutet, dass es innerhalb des Systems einen gewissen Grad an Solidarität zwischen den Menschen mit höheren und niedrigeren Gesundheitsrisiken gibt. Das Maß an Quersubventionierung zwischen Einkommensgruppen ist aber dennoch begrenzt, da die Versicherten überwiegend gleich arm sind.

Da die Gemeinschafts-basierten Versicherungen nur sehr niedrige Beiträge erheben, sind die von ihnen angebotenen Gesundheitsdienste in der Regel lediglich eine Ergänzung zu den von der Regierung bereitgestellten Leistungen. Der Erfolg solcher Versicherungssysteme hängt daher weitgehend von einer ausreichenden Gesundheitsfinanzierung durch die Regierung und der Qualität der öffentlichen Versorgung ab. Mehrere Studien haben nachgewiesen, dass im Rahmen Gemeinschafts-basierter Versicherungen der Grad der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen steigt und sich diese Versicherungsform somit positiv auf den Zugang zur Gesund-

---

<sup>35</sup> Revision von 2006 der Schätzungen zur Entwicklung der Weltbevölkerung durch die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Mittlere Variante der Bevölkerungszahl für 2005: 922.011.000 Menschen.

<sup>36</sup> La Concertation (2004).

<sup>37</sup> WHO (2003). Zum Vergleich: Die Verwaltungskosten der westeuropäischen Krankenversicherung belaufen sich auf ungefähr 5% der Einnahmen.

heitsfürsorge auswirkt.<sup>38</sup> Allerdings müssen die Mitglieder von Gemeinschafts-basierten Versicherungen häufig immer noch mehr als 40% der von ihnen benötigten Gesundheitsdienstleistungen selbst tragen.<sup>39</sup>

Wegen ihrer geringen Größe und eingeschränkten Absicherung leisten die Gemeinschafts-basierten Versicherungen keinen nennenswerten Beitrag zur Schaffung von effektiven und gerechten Gesundheitssystemen. Es besteht zudem ständig die Gefahr, dass sie finanziell zusammenbrechen, insbesondere in Krisenzeiten. Die Aufnahmeraten schwanken zwischen 0,3% und 90,3% der Zielgruppe, sind aber meist niedrig.<sup>40</sup> Wenn nicht öffentliche Stellen und andere Akteure die ärmsten und bedürftigsten Gruppen durch Beihilfen eine Mitgliedschaft ermöglichen, erfassen nur sehr wenige Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen diese Teile der Bevölkerung.<sup>41</sup> Beispielsweise ergab die Auswertung eines Oxfam-Programms zu Gemeinschafts-basierten Versicherungen in Armenien mit einer (relativ hohen) Aufnahmerate von 40% der Zielgruppe, dass die Ärmsten außen vor blieben, weil sie sich die Beiträge nicht leisten konnten; 79% der Unversicherten nannten finanzielle Engpässe als Hauptgrund für ihren Verzicht. Die ärmsten Schichten profitierten somit nicht vom System.<sup>42</sup>

Gemeinschafts-basierte Versicherungen werden oft als Zwischenlösung angesehen, die den finanziellen Nöten von in Armut lebenden Menschen gerecht wird und als Vorstufe zur Einführung von sozialen Krankenversicherungen dient.<sup>43</sup> Die Annahme, dass ihre Ausweitung letztendlich zum Aufbau eines sozialen Krankenversicherungssystems beiträgt, erscheint jedoch äußerst optimistisch. Diejenigen europäischen Länder, in denen dies gelang, erlebten in der Zeit des Aufbaus ihrer sozialen Krankenversicherung ein starkes Wirtschaftswachstum, weshalb die Mitglieder in der Lage waren, steigende Beiträge zu zahlen. Gleichzeitig ermöglichten höhere Steuereinnahmen ein hohes Maß an staatlicher Unterstützung (50-100%).<sup>44</sup> Außerdem konnten sich diese Sozialsysteme nur aufgrund einer starken staatlichen Aufsichts-, Schutz- und Regulierungsfunktion und durch Einführung einer geeigneten Gesetzgebung entwickeln. Aber selbst unter diesen günstigen Umständen dauerte es z.B. in

---

<sup>38</sup> WHO (2003) und Dror (2007). Einige Autoren argumentieren jedoch, dass die hohe Inanspruchnahme auch den hohen Grad an adverser Selektion in der freiwilligen Krankenversicherung widerspiegeln könnte.

<sup>39</sup> Waelkens (2005) und Carrin et al. (2005).

<sup>40</sup> Carrin et al. (2005).

<sup>41</sup> Ebd.; NCBA (2007).

<sup>42</sup> Poletti et al. (2007)

<sup>43</sup> WHO, 2005 (Technical Brief)

<sup>44</sup> Poletti et al. (2007), mit Verweis auf Mittel für das Gesundheitswesen in Deutschland, den Niederlanden und Japan.

Deutschland fast 100 Jahre, bis eine allgemeine Absicherung erreicht wurde.<sup>45</sup>

In vielen armen Ländern sind diese Voraussetzungen noch lange nicht gegeben. Etliche Entwicklungsländer haben sich dennoch dafür entschieden, die Gemeinschafts-basierten Versicherungen als Teil des nationalen Gesundheitssystems auszubauen und zu diesem Zweck spezifische Regulierungen einzuführen. Obwohl – z. B. in Ruanda – die Anzahl der Mitglieder beeindruckend erscheint, so konnte bis jetzt noch kein zufriedenstellender, verbesserter Zugang zur Gesundheitsfürsorge erreicht werden (siehe Kasten 3).

### **Kasten 3: Der Ausbau von Gemeinschafts-basierten Krankenversicherungen in Ruanda**

Gemeinschafts-basierte Krankenversicherungen (*mutuelles de santé*) entstanden in Ruandas Gesundheitssystem als Reaktion auf die Wiedereinführung von Gebühren für Gesundheitsdienstleistungen in öffentlichen und Missions-Gesundheitseinrichtungen und wurden durch die nationalen Gesundheitsbehörden und Nichtregierungsorganisationen unterstützt.<sup>46</sup>

Die Zahl der *mutuelles* stieg von sechs im Jahr 1998 auf 76 im Jahr 2001 und 226 im November 2004. Eine Absicherung der einkommensschwachen Gruppen war erst möglich, als das Gesundheitsministerium begann, die Mitgliedsbeiträge für die ärmsten 10% der Bevölkerung zu subventionieren. Diese Maßnahme trug dazu bei, dass im Jahr 2007 70% der Bevölkerung durch die *mutuelles* versichert waren – jedoch sind immer noch zu viele in Armut lebende Menschen ausgeschlossen.<sup>47</sup> Im Januar 2007 wurde der Mitgliedsbeitrag für die *mutuelles* auf 1,70 US-Dollar pro Person festgelegt, und jeder Haushalt musste alle Angehörigen anmelden. Für Behandlungen ist eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Gesamtkosten zu leisten. Diese Summe ist aber für die ärmsten Familien kaum aufzubringen, so dass 20% der Bevölkerung noch immer nicht krankenversichert sind.<sup>48</sup>

Die Gesundheitsdienste werden zudem nicht sehr häufig in Anspruch genommen. Laut einer Schätzung des Gesundheitsministeriums lag die Inanspruchnahme im Jahr 2005 bei 0,45 Behandlungen pro Person, was im Verhältnis zu den geschätzten Erkrankungen (zwei oder drei pro Person und Jahr) sehr niedrig ist. Die hohe Müttersterblichkeitsrate in Ruanda kann daher teilweise auf die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen für Geburtshilfe zurückgeführt werden. In einer Umfrage zu Demographie und Gesundheit im Jahr 2005 gaben 71% der befragten Frauen Geldmangel als wesentliches Haupthindernis an. Andere Hürden sind die schlechte Versorgungsqualität und die Entfernung zu Einrichtungen, vor allem in unterfinanzierten ländlichen Gebieten.<sup>49</sup>

Fazit: Auch Versicherungen, deren Beitrag sich auf wenig mehr als einige US-Dollar pro Jahr beläuft, sind für die Ärmsten noch zu teuer. Gleichzeitig

<sup>45</sup> Poletti et al. (2007), Coheur et al. (2007); Waelkens et al. (2005); Wagstaff (2007).

<sup>46</sup> Pathe Diop und Damascene Butera (2005).

<sup>47</sup> Rusa und Fritsche (2007).

<sup>48</sup> Blanchet (2007).

<sup>49</sup> „Child Rights Situation Analysis – Mutuelle Burera District“, vorgelegt von Save the Children, Oktober 2007.

ist mit derart niedrigen Beitragseinnahmen offensichtlich keine attraktive Gesundheitsfürsorge zu finanzieren.<sup>50</sup> Ohne eine ausreichende finanzielle Unterstützung von staatlicher Seite müssen die Patienten sehr wahrscheinlich auch weiterhin selbst den größten Teil ihrer Gesundheitsfürsorge finanzieren.<sup>51</sup>

## Soziale Krankenversicherungen

Obwohl soziale Krankenversicherungen theoretisch das größte Potential haben, eine allgemeine Absicherung zu gewährleisten, ist dies in der Praxis in armen Ländern schwer umzusetzen.<sup>52</sup> Zu den charakteristischen Merkmalen sozialer Krankenversicherungen zählen die verpflichtende Mitgliedschaft und der einkommensabhängige Beitrag. Die Zahlungen an die Krankenversicherungsträger teilen sich in der Regel Arbeitgeber/innen, Arbeitnehmer/innen und die Regierung.<sup>53</sup> Mit sozialen Krankenversicherungen ist es möglich, große Risikogemeinschaften zu bilden und die Beiträge für ärmere Mitglieder zu subventionieren. Systeme dieser Art sind in den Ländern der OECD, Lateinamerikas und Osteuropas weit verbreitet. Es gibt sie auch in einigen Ländern Afrikas (Ägypten, Senegal) und Asiens (Indonesien, die Philippinen).<sup>54</sup> Andere Länder haben in letzter Zeit mit der Implementierung von Formen sozialer Krankenversicherungen begonnen oder ziehen deren Einführung in Erwägung (wie zum Beispiel Kambodscha, Ghana, Indien, Kenia, die Philippinen, Tansania, Vietnam und der Jemen).<sup>55</sup>

Zum Aufbau von Sozialversicherungssystemen sind starke, leistungsfähige Institutionen erforderlich, vor allem um die Beiträge einzuziehen.<sup>56</sup> In armen Ländern, in denen die Mehrheit der Bevölkerung im informellen Sektor tätig ist (in einigen Ländern sind dies 80% der erwerbstätigen Bevölkerung), ein Großteil der Bevölkerung auf dem Land lebt, die Verwaltungskapazitäten nicht ausreichend sind und es an staatlichen Aufsichts- und Regulierungsmöglichkeiten mangelt, sind die Voraussetzungen für eine funktionierende soziale Krankenversicherung in der Regel nicht gegeben.<sup>57</sup> Selbst in Lateinamerika, das einen höheren

---

<sup>50</sup> Schneider und Hanson (2006).

<sup>51</sup> Siehe zum Beispiel Meessen (2006).

<sup>52</sup> GTZ (2005); Doetinchem et al. (2006).

<sup>53</sup> Es gibt Ausnahmen: In einigen Ländern (z. B. Mexiko) ist die soziale Krankenversicherung freiwillig, während in anderen Ländern die Beiträge nicht einkommensabhängig sind (z. B. in den Niederlanden) oder das Gesundheitssystem fast vollständig steuerfinanziert wird (z. B. in Ghana).

<sup>54</sup> Von den 30 Mitgliedstaaten der OECD haben 15 ein System, das sich vorwiegend über Beiträge finanziert, die in einen Sozialkrankenversicherungsfonds fließen.

<sup>55</sup> Doetinchem et al. (2006).

<sup>56</sup> Carrin und James (2005).

<sup>57</sup> Siehe z. B. Hsiao und Shaw (2007) und Wagstaff (2007).

Entwicklungsstand als viele andere Regionen aufweist und wo es Systeme sozialer Krankenversicherung schon länger gibt, ist die Absicherung in der Regel auf Beschäftigte im öffentlichen und formellen Sektor beschränkt. Im informellen Sektor Arbeitende und Arbeitslose sind nach wie vor ausgeschlossen. Das betrifft vor allem Frauen, da sie überproportional häufig im informellen Sektor arbeiten. Weil sie nicht versichert sind, schieben die ärmsten und anfälligsten Bevölkerungsgruppen notwendige Arztbesuche lange vor sich her – Tod und Leid sind die Folge, und es trifft vor allem die Menschen, die den Zugang zur Gesundheitsfürsorge am nötigsten brauchen.

Da die Ausweitung der sozialen Krankenversicherungen auf den informellen Sektor fehlgeschlagen ist, haben sich mehrere Länder dafür entschieden, ein steuerfinanziertes Parallelsystem mit eigenen, von den staatlichen Gesundheitsbehörden betriebenen Einrichtungen zu schaffen.<sup>58</sup> Solche Einrichtungen bieten in der Regel aber eine weniger umfangreiche und schlechtere Gesundheitsfürsorge, als die Kliniken, die den Mitgliedern von Versicherungen zur Verfügung stehen. Zudem können diese Parallelsysteme dazu führen, dass diejenigen, die es sich am wenigsten leisten können, letztendlich mehr für ihre Gesundheitsfürsorge ausgeben müssen, weil sie als Nichtversicherte eine Zuzahlung für die Behandlung leisten oder gar alles aus der eigenen Tasche zahlen müssen.<sup>59</sup> Nichtversicherte – die meist aus den ärmeren Schichten stammen – subventionieren damit am Ende ein System, das in erster Linie für Versicherte geschaffen wurde, die meist ein formelles Arbeitsverhältnis haben und bessergestellt sind. Aber selbst die Mitgliedschaft in sozialen Krankenversicherungen garantiert nicht immer ausreichenden Zugang zu Gesundheitsfürsorge. Ein Beispiel dafür sind einige Sozialversicherungen in Lateinamerika (z. B. in Honduras), die den Leistungsumfang für Ehefrauen von Mitgliedern auf Schwangerschaftsuntersuchungen und Geburtshilfe beschränken.

Einige soziale Krankenversicherungssysteme haben es jedoch geschafft, die Absicherung auf Beschäftigte im informellen Sektor auszuweiten. Beispiele dafür sind die Seguro Popular de Salud (SPS) in Mexiko und das thailändische Versicherungssystem Universal Coverage (UC, siehe Kasten 4) sowie die gesetzliche Krankenversicherung (National Health Insurance Scheme, NHIS) in Ghana. (siehe Kasten 5). Das Versicherungssystem in Ghana veranschaulicht aber auch, wie schwer es ist, die Absicherung auf arme Haushalte auszuweiten. Für die noch immer geringen Beitrittsraten unter den ärmsten Schichten sind mehrere Gründe zu nennen: administrative Probleme bei der Identifizierung und der Erfassung Anspruchsberechtigter, die Tatsache, dass viele keine Mitgliedschaft

---

<sup>58</sup> Wagstaff (2007).

<sup>59</sup> Ebd.

beantragen, und die ungenügenden Beitragsbeiträgen durch die Zentralregierung.<sup>60</sup>

#### **Kasten 4: Universeller Zugang in Thailand**

Ein gutes Beispiel für ein armes Land, in dem es gelungen ist, eine nahezu universelle Absicherung für die Bevölkerung sicherzustellen, ist Thailand. Das Versicherungssystem Universal Coverage (UC) bietet vollen Zugang zu Gesundheitsdiensten für jeden Thailänder und jede Thailänderin ohne Krankenversicherung für Beschäftigte im öffentlichen oder formellen Sektor. Diese werden von Netzwerken damit beauftragter Dienstleister bereitgestellt. Anspruchsberechtigte Personen erhalten eine kostenlose Versicherungskarte und leisten eine nominelle Zuzahlung von 30 Baht (0,94 US-Dollar) für jede Behandlung.<sup>61</sup> Das System kombiniert Versicherungselemente (Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht) und (steuerfinanzierte) öffentliche Versorgungsdienste. Seit 2001 sind durch dieses System 46,5 Millionen Menschen (72% der Bevölkerung) versichert. Davon sind 24,3 Millionen von der Zuzahlung der 30 Baht befreit. Zusammen mit Mitgliedern der beiden anderen Versicherungsformen des Landes (dem Sozialversicherungssystem und der Krankenversicherung für Beamte) sind 96% der thailändischen Bevölkerung krankenversichert.<sup>62</sup>

Thailand hat die nahezu universelle Absicherung nicht über Nacht erreicht. Einige Jahrzehnte lang schon wurde in ländliche Gebiete (wo die große Mehrheit der Bevölkerung lebt) und in Basis-Gesundheitszentren investiert. Neben Erfahrungen mit verschiedenen Versicherungsmodellen verfügt Thailand zudem über ein effektives Verwaltungssystem, das es ermöglichte, innerhalb kürzester Zeit 45 Millionen Menschen im UC-System zu erfassen.<sup>63</sup>

Bedenken bestehen noch hinsichtlich der finanziellen Nachhaltigkeit des Systems und ob in Bezug auf die Qualität der Versorgung eine Gleichbehandlung erreicht wird.<sup>64</sup> Die finanzielle Nachhaltigkeit hängt sowohl von einer ausreichenden Zuteilung staatlicher Mittel als auch von der Bezahlbarkeit von Medikamenten ab. Dies wiederum berührt die Frage der einheimischen Produktion oder des Imports von Generika.

#### **Hohe Verwaltungskosten in armen Ländern**

Die Verwaltungskosten von sozialen Krankenversicherungen machen in westeuropäischen Ländern ungefähr 5% der gesamten Einnahmen aus. Ein großer formeller Sektor, beträchtliche und wachsende Stadtbevölkerungen und eine große Risikogemeinschaft ermöglichen es den sozialen Krankenversicherungen in Europa, effizient zu arbeiten und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. In armen Ländern sind die Verwaltungskosten jedoch

---

<sup>60</sup> ILO, GTZ, WHO (2007). Der Schutz von Armen durch Ausnahmemechanismen ist teuer und ineffizient. Siehe z. B. WHO (2005).

<sup>61</sup> ILO (2007).

<sup>62</sup> Sakunphanit (2007).

<sup>63</sup> Towse et al. (2004)

<sup>64</sup> „Gesetzliche Lizenzvergabe unverzichtbar, solange die Mittel für Gesundheitsfürsorge fehlen“, *Bangkok Post*, 2 April 2008.

aufgrund des großen Anteils der im informellen Sektor Arbeitenden oft sehr viel höher. Denn, von diesen Mitgliedern die Beiträge zu erheben, ist sehr viel aufwändiger und kostenintensiver als der Einzug der Beiträge über Abgaben und Steuern (die ohnehin schon für andere Zwecke erhoben werden). Deshalb sind Versicherungssysteme, die die Absicherung auf den informellen Sektor ausweiten wollen, weitgehend auf allgemeine oder zweckbestimmte Steuern angewiesen.<sup>65</sup>

#### **Kasten 5: Die Ausweitung von sozialen Krankenversicherungen in Ghana**

Infolge der Unterfinanzierung des nationalen Gesundheitssystems führte Ghana im Jahr 2003 mit dem National Health Insurance System (NHIS) ein nationales Krankenversicherungssystem ein. Ziel dieser Maßnahme war es, eine tragfähige Gesundheitsfinanzierung sicherzustellen, um allen Menschen in Ghana eine zugängliche, bezahlbare und qualitativ gute Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten, insbesondere für bedürftige und arme Bevölkerungsgruppen.

Im September 2005 war das neue Versicherungssystem in 83 der 138 Distrikte des Landes voll funktionsfähig. Die Gesamtmitgliederzahl lag zu dieser Zeit bei 2,9 Millionen, was 14% der Bevölkerung entsprach.<sup>66</sup> Ende 2006 waren insgesamt 38% der Bevölkerung versichert. Allerdings waren nur 19% der im informellen Sektor Arbeitenden im Besitz einer Versicherungskarte und konnten Leistungen des Systems in Anspruch nehmen. Der Prozentsatz der Mitglieder aus den ärmsten Schichten fiel rapide von 30% im Jahr 2005 auf 1,8% im Jahr 2006.<sup>67</sup> Der Grund für diesen Rückgang wird noch untersucht, aber es liegt zumindest teilweise an den Schwierigkeiten, Menschen aus den armen Schichten zu identifizieren und in die Versicherung mit einzubeziehen (fast ein Drittel der Bevölkerung Ghanas lebt unter der Armutsgrenze und circa 75% aller Erwerbstätigen arbeiten im informellen Sektor). Zudem gestaltet es sich schwierig, die bereits zuvor bestehenden und in Bezug auf ihre Risikomischung, Leistungen, Mitgliedszahlen und Beitragssätze sehr unterschiedlichen Versicherungen in das System zu integrieren.

Das weitgehend steuerfinanzierte nationale Versicherungssystem zieht auf einigermaßen gerechte Weise weitere Mittel für das Gesundheitswesen ein. Allerdings zeigt die Tatsache, dass nur 38% der Bevölkerung im Besitz einer gültigen Krankenversicherungskarte sind, deutlich, dass nicht alle Menschen gleichermaßen einen verbesserten Zugang zur Gesundheitsfürsorge erhalten. Wenn Ghana dem Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele näher kommen will, wird es so bald wie möglich auch die bedürftigen Bevölkerungsgruppen in das nationale Versicherungssystem einbeziehen müssen.

Besonders ärmere Länder und Länder mit relativ schwachen Institutionen müssen sorgfältig abwägen, ob und unter welchen Umständen soziale Krankenversicherungen den Weg zu einem effizienten, effektiven und gleichen Zugang gewährenden Gesundheitswesen

---

<sup>65</sup> Wagstaff (2007).

<sup>66</sup> Appiah-Denkyira und Preker (2005).

<sup>67</sup> Gesundheitsministerium, Ghana (2007).

ebnen – oder ob mit anderen Finanzierungsmodellen der Zugang zur Gesundheitsfürsorge für die arme Bevölkerung schneller verwirklicht werden kann. In einigen Ländern/Regionen wurde durch entschiedene Maßnahmen der Regierung ein rasanter Ausbau der Gesundheitsfürsorge erreicht, unter anderem in Botsuana, Sri Lanka und dem indischen Bundesstaat Kerala<sup>68</sup>. Sowohl Regierungen als auch Geber sollten diese Beispiele genauestens prüfen, bevor sie sich für ein System entscheiden, dessen Umsetzung eine lange Zeit in Anspruch nehmen würde.

---

<sup>68</sup> Oxfam (2006)

### 3 Die Notwendigkeit globaler Solidarität

Die bisher gewonnenen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass es höchstwahrscheinlich ein langwieriger Prozess ist, den Zugang zur Gesundheitsfürsorge durch Versicherungsmechanismen in armen Ländern zu verbessern und dort eine universelle Absicherung zu erreichen. Wie lang aber sollen in Armut lebende Menschen noch darauf warten, dass ihr Rechtsanspruch auf Gesundheitsfürsorge und soziale Absicherung erfüllt wird? Sowohl die internationale Gebergemeinschaft als auch die Regierungen armer Länder müssen ihrer Verantwortung nachkommen und sicherstellen, dass auf möglichst gerechte, effiziente und effektive Weise Mittel in angemessener Höhe in das Gesundheitswesen investiert werden.

Viele Regierungen haben jedoch noch immer keine nachhaltige Strategie, wie ein allgemeiner und gleicher Zugang zu Gesundheitsfürsorge erreicht werden kann.<sup>69</sup> Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit liegen vor allem in afrikanischen Ländern weit unter dem, was benötigt wird. Trotz der sog. Abuja-Erklärung, 15% des Staatshaushalts in das Gesundheitswesen zu investieren,<sup>70</sup> haben bis 2006 nur ein Drittel der afrikanischen Länder südlich der Sahara 10 oder mehr Prozent ihres Haushalts in den Gesundheitssektor investiert. 38% der Länder haben 5 bis 10% für den Gesundheitsbereich aufgewendet, während 29% weniger als 5% dafür ausgaben.

Die Geberländer wiederum unterstützen die armen Länder zu wenig in ihren Bemühungen, einen verbesserten Zugang zu einer grundlegenden Gesundheitsfürsorge zu schaffen. Auf ihrem Gipfeltreffen im schottischen Gleneagles im Jahr 2005 versprachen die Staats- und Regierungschefs der G8, die jährlich weltweit zur Verfügung stehende Entwicklungshilfe bis zum Jahr 2010 um 50 Milliarden US-Dollar aufzustocken, die Hälfte dieses Geldes sollte Afrika zugute kommen. Die zusätzlichen Mittel sollten die afrikanischen Partnerländer u.a. darin unterstützen, einen kostenlosen Zugang zu einer grundlegenden Gesundheitsfürsorge, insbesondere für Frauen und Kinder, sicherzustellen. Die G8-Staaten sind jedoch weit davon entfernt, die angepeilte Zielmarke zu erreichen – ganz im Gegenteil: Im Jahr 2007 sind die weltweiten öffentlichen Entwicklungshilfeleistungen zum zweiten Mal in Folge im Vergleich zum Vorjahr gefallen.

Die europäischen Geberländer haben sich zudem das Ziel gesetzt, im Jahr 2010 0,56% des gesamten Bruttonationaleinkommens der EU-15 (dies sind die sog. „alten“ EU-Mitgliedstaaten) für

---

<sup>69</sup> WHO (2000).

<sup>70</sup> Action for Global Health (2007). In der 2001 von afrikanischen Staats- und Regierungschefs verabschiedeten Erklärung von Abuja wurde festgelegt, dass die Regierungen mindestens 15% ihrer nationalen Haushalte dem Gesundheitswesen zur Verfügung stellen.

Entwicklungshilfe bereitzustellen und bis 2015 ihre Hilfe für ärmere Länder auf 0,7% ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) zu erhöhen. Insbesondere die großen europäischen Geber sind aber weit davon entfernt, diese Zielmarken zu erreichen, und bis heute haben erst fünf Länder der OECD das bereits vor über 35 Jahren im Rahmen der Vereinten Nationen verabschiedete Ziel von 0,7% des BNE erreicht.<sup>71</sup> Aber nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Qualität der Entwicklungshilfe ist unzureichend, da die Hilfszahlungen für den Gesundheitssektor in zu viele verschiedene und nicht sinnvoll miteinander koordinierte Projekte und Programme fließen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht längerfristig vorhersehbar sind. Der planmäßige Aufbau des nationalen Gesundheitswesens in armen Ländern wird dadurch erheblich erschwert.

Der Kerngedanke von Krankenversicherungen ist es, Gesundheitsrisiken und die Aufgabe der Gesundheitsfürsorge innerhalb einer Gemeinschaft gemeinsam zu tragen. Diese Solidarität gilt auch auf internationaler Ebene: Arme Länder und die internationale Gebergemeinschaft sollten ihre Verpflichtung zu internationaler und nationaler Risikoaufteilung unterstreichen, ihren Finanzierungsverpflichtungen nachkommen und einen allgemeinen und gleichen Zugang zur Gesundheitsfürsorge herstellen. Die Aufstockung langfristiger vorhersehbarer nationaler und internationaler Ressourcen für den Gesundheitsbereich ist dafür dringend erforderlich. Diese Mittel können durch verschiedene Mechanismen beschafft werden, vor allem aber durch erhöhte Steuereinnahmen in armen Ländern und allgemeine und sektorbezogene Budgethilfe seitens der Geber.<sup>72</sup> Sie müssen dann in erster Linie für die Bedürfnisse der armen Bevölkerungsschicht verwendet werden.

Um dies zu gewährleisten, sollten Regierungen und Geber, bevor sie in Versicherungssysteme investieren, darlegen, wie diese zu einem gerechten und allgemeinen Zugang zum Gesundheitswesen beitragen. Andernfalls wird es nicht gelingen, die Millennium-Entwicklungsziele im Bereich Gesundheit zu erreichen und das Recht auf Gesundheitsfürsorge für alle zu verwirklichen.

Im Hinblick auf das Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele ist der Versuch, die internationale Zusammenarbeit im Rahmen der International Health Partnership (IHP) zu verbessern, ein Schritt in die richtige Richtung. Diese Vereinbarung wurde im Jahr 2007 mit dem Ziel getroffen, die einzelnen Hilfsleistungen für die nationalen Gesundheitsprogramme besser zu koordinieren. Eine ganze Reihe

---

<sup>71</sup> Die fünf Länder sind Schweden, Norwegen, Luxemburg, die Niederlande und Dänemark. Frankreich, Deutschland, Großbritannien und Italien geben bis jetzt nur 0,39%, 0,37%, 0,36% und 0,19% ihres BNE für die Entwicklungszusammenarbeit aus, auch die nichteuropäischen Länder der G8 verfehlen die 0,7%-Zielmarke bei weitem (Kanada 0,28%, Japan 0,17%, USA 0,16%, Daten der OECD für 2007).

<sup>72</sup> Begleitet von eindeutigen Indikatoren zur Überwachung der Ausgaben und konsequenten Umsetzung und Überprüfung durch die Zivilgesellschaft (Action for Global Health 2007).

von Gebern und Institutionen haben sich dieser Partnerschaft angeschlossen. Nun gilt es darauf zu achten, dass die in den Partnerschaftsländern der IHP, aber auch in anderen armen Ländern entwickelten Pläne zur Stärkung des nationalen Gesundheitssystems eine Strategie zum Erreichen einer allgemeinen Absicherung beinhalten und eine grundlegende Gesundheitsfürsorge für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. Zudem muss ihre vollständige und nachhaltige Finanzierung gesichert sein.

## 4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Obwohl Versicherungssystemen eine wichtige Rolle zukommen kann, konnten sie in armen Ländern bis jetzt nicht wesentlich zu einer allgemeinen Absicherung beitragen – nach wie vor bleiben Millionen Menschen vom Zugang zu einer grundlegenden Gesundheitsfürsorge ausgeschlossen. Bis jetzt spricht nichts dafür, dass eines der in diesem Papier diskutierten Systeme – private Krankenversicherungen, Mikro-Krankenversicherungen, Gemeinschaftsbasierte Krankenversicherungen oder soziale Krankenversicherungen – die Finanzierungslücken im Gesundheitssektor ausreichend schließen, eine Absicherung armer Bevölkerungsschichten gewährleisten, die Risikoverteilung und den Grad des angebotenen Schutzes erhöhen oder die Qualität der Gesundheitsfürsorge verbessern konnte. Folgende Empfehlungen sollten daher vor der Einführung von Krankenversicherungssystemen in armen Ländern Beachtung finden:

- Versicherungssysteme müssen dahingehend überprüft werden, ob sie einen allgemeinen Zugang (d.h. auch für die bedürftigen Gruppen der Gesellschaft) zur Gesundheitsfürsorge schaffen, zu horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit innerhalb des Gesundheitssystems beitragen und effizient sind. Regierungen und Geber sollten sicherstellen, dass anhand dieser Indikatoren vor Reformen im Gesundheitswesen eine Sozialverträglichkeitsprüfung durchgeführt wird. Diese muss offen und transparent und unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft, einschließlich Vertretern der bedürftigen Gruppen, erfolgen.
- Geber und Regierungen sollten dem Gerechtigkeitsprinzip besonderes Augenmerk widmen. Die zur Verfügung stehenden Mittel müssen zielgerichtet eingesetzt werden, um den ärmsten und bedürftigsten Gruppen einen verbesserten Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu ermöglichen. Finanzielle Ressourcen müssen stärker in die ländlichen Gebiete fließen und in die grundlegende Gesundheitsfürsorge investiert werden.
- Geber und Regierungen sollten insbesondere in Bezug auf die Einführung privater Krankenversicherungen Vorsicht walten lassen, da sie ein ineffizienter, ungerechter und teurer Mechanismus sein können und nicht unbedingt zum Erreichen eines allgemeinen und gleichen Zugangs zur Gesundheitsfürsorge beitragen.
- Nationale, z.B. im Rahmen der International Health Partnership entwickelte Strategien zur Stärkung des Gesundheitswesens sollten einen Zeitplan für das Erreichen eines

allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsfürsorge beinhalten. Die Regierungen armer Länder und die internationale Gebergemeinschaft müssen sicherstellen, dass diese Pläne vollständig finanziert werden. Vor der Entwicklung dieser Strategien muss untersucht werden, inwieweit ein Krankenversicherungssystem ein geeigneter Weg ist, die Gesundheitsfürsorge zu finanzieren und den Zugang zu verbessern.

- Die öffentlichen Mittel für Gesundheitsfürsorge müssen aufgestockt werden, um insbesondere den armen Bevölkerungsschichten durch finanzielle Unterstützung den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Nur so kann ein allgemeiner Zugang erreicht werden. Die Regierungen armer Länder sollten daher die nationalen Gesundheitshaushalte erhöhen und auf steigende Steuereinnahmen durch ein effizienteres Steuersystem hinarbeiten. Die Geber sollten die Regierungen durch allgemeine und sektorbezogene Budgethilfe dabei unterstützen.
- Arme Länder, die Behandlungsgebühren für Gesundheitsdienstleistungen abschaffen und eine kostenlose, steuerfinanzierte Gesundheitsfürsorge ausweiten möchten, sollten in ihren Bemühungen unterstützt werden, da dies ein vielversprechender und gerechterer Weg zu einem allgemeinen Zugang sein könnte.
- Viele Geber unterstützen ein System der Risikoverteilung in Entwicklungsländern, handeln aber selbst oftmals nicht nach dem Prinzip weltweiter Solidarität, da sie weit hinter ihren Hilfszusagen zurückbleiben. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, damit in Armut lebende Menschen in Entwicklungsländern ihr Recht auf eine grundlegende Gesundheitsfürsorge möglichst bald erhalten.

## Anhang: Vor- und Nachteile von Krankenversicherungssystemen

System	Vorteile	Nachteile
<b>Private Krankenversicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• steigert den finanziellen Schutz und den Zugang zu guter Gesundheitsfürsorge für diejenigen, die sich die Beiträge leisten können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Beitragshöhe basiert auf dem Risikoprofil des jeweiligen Mitglieds.</li> <li>• Beim Streben nach Effizienz geht es normalerweise um die Maximierung der Profite.</li> <li>• hohes Risiko einer negativen Risikoauslese und des sog. Rosinenpickens.</li> <li>• ausgesprochen ungerecht, wenn arme Bevölkerungsschichten nicht subventioniert werden</li> <li>• Aufgrund der Beitragshöhe, der Auswahlmethoden und der freiwilligen Mitgliedschaft ist die Absicherung in der Regel auf einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung begrenzt.</li> <li>• hohe Verwaltungs- und Regulierungskosten</li> <li>• kann zu deutlichen Steigerungen der Kosten für Gesundheitsfürsorge führen und sich negativ auf die für die arme Bevölkerung zur Verfügung stehenden Gesundheitsdienste auswirken</li> </ul>
<b>Mikro-Krankenversicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zielt auf Niedrigverdiener/innen ab</li> <li>• kann den informellen Sektor erreichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gefahr einer negativen Risikoauslese und des Rosinenpickens aufgrund der Profitorientierung der Krankenversicherer und der freiwilligen Mitgliedschaft ist hoch.</li> <li>• Die Ärmsten sind ausgegrenzt, wenn sie nicht subventioniert werden.</li> <li>• finanziell anfällig, wenn das System nicht durch staatliche Mittel gestützt wird</li> <li>• hat oft eingeschränkte Verwaltungskapazitäten</li> </ul>

<p><b>Gemeinschaftsbasierte Krankenversicherung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zielt auf Geringverdiener/innen ab, nicht profitorientiert</li> <li>• kann den informellen Sektor erreichen</li> <li>• Die Beiträge basieren auf dem Risikoprofil der Gemeinschaft und nicht auf dem ihrer einzelnen Mitglieder, was einen höheren Grad an Risikoverteilung bedeutet.</li> <li>• hat ein gewisses Potential, den Zugang zur Versorgung für in Armut lebende Menschen zu verbessern, aber nicht für die Ärmsten</li> <li>• trägt möglicherweise zur verstärkten Selbstbestimmung der Gemeinschaft bei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die ärmsten Bevölkerungsschichten sind ausgeschlossen, wenn sie nicht subventioniert werden.</li> <li>• aufgrund der freiwilligen Mitgliedschaft anfällig für negative Risikoauslese</li> <li>• finanziell anfällig, wenn sie nicht durch staatliche Mittel gestützt wird</li> <li>• hat oft eingeschränkte Verwaltungskapazitäten</li> </ul>
<p><b>Soziale Krankenversicherung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflichtmitgliedschaft</li> <li>• hoher Grad an Risikoverteilung durch große und vielseitige Risikogemeinschaft</li> <li>• einkommensabhängige und nicht profitorientierte Beitragssätze</li> <li>• generiert relativ stabile Einkünfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Armut lebende Menschen sind ausgeschlossen, wenn sie nicht subventioniert werden.</li> <li>• Probleme, Anspruchsberechtigte zu identifizieren und zu erfassen, einschließlich der im informellen Sektor Arbeitenden</li> <li>• stellt eine Gefährdung für das Gleichheitsprinzip dar, wenn der Leistungsumfang für subventionierte (ärmere) Gruppen geringer ist</li> <li>• schwierig zu verwalten, in einkommensschwachen Ländern fehlen oft die Kompetenzen dazu</li> </ul>

## Literaturverzeichnis

Action for Global Health (2007). „Health Warning; Why Europe must act now to rescue the health Millennium Development Goals.“

Appiah-Denkyira und Preker (2005) „Reaching the poor in Ghana with national health insurance – an experience from the districts of the Eastern Region of Ghana“, in ILO, GTZ, WHO (2007) *Extending Social Protection in Health, Developing Countries' Experiences, Lessons Learnt and Recommendations*.

Bennet (1997) „Private Health Care and Public Policy Objectives in Marketizing Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage?“

Barrientos und Lloyd-Sherlock (2002) „Older and poorer? Ageing and poverty in the South“, *Journal of International Development*, No 14.

Bijlmakers et al. (2006) The Role of User Fees and Health Insurance in Health Care Financing.

Blanchet (2007) „Health Situation Analysis: Rwanda“, Save the Children, Januar 2007.

Carrin et al. (2005) „Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems“ in *Tropical Medicine and International Health*, Heft 10. August 2005.

Carrin und James (2005) „Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage“, International Social Security Association (2005)/International Social Security Review, Heft 58, 1/2005, WHO, Geneva.

Coheur et al. (2007) „Linkages between Statutory Social Security Schemes and Community-Based Social Protection Mechanisms: A New Approach“, Technical Commission on Medical Care and Sickness Insurance, ISSA. World Social Security Forum.

Doetinchem et al. (2006) „The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries“, herausgegeben mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

J. Jütting und D. Drechsler (2005) „Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries?“, OECD Policy Insights Nr. 11, 2005.

D. Drechsler und J. Jütting (2005): Private Health Insurance in Low and Middle Income Countries: Scope Limitations and Policy Responses.

Dror (2007) Presentation at Microinsurance Conference, Mumbai, 14 November 2007. [www.munichre-](http://www.munichre-)

foundation.org/NR/rdonlyres/DDB44E68-1A01-4BBE-8051-0F40BF5D34D0/0/MIC2007\_WG4\_Dror.pdf

GTZ (2005) „Soziale Krankenversicherung. Beitrag zur internationalen entwicklungspolitischen Diskussion über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit“ im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Homedes und Ugalde (2004) „Why neoliberal reforms have failed in Latin America“, in *Health Policy* Nr. 71 (2005).

Hsiao und Shaw (2007) „Social Health Insurance for Developing Nations“. Die Autoren arbeiten mit der Harvard University School of Public Health und der Weltbank zusammen.

International Finance Corporation (2007) „The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People’s Lives“.

International Labour Organization (2007) „Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care“.

ILO (2005) „Insurance Products Provided by Insurance Companies to the Disadvantaged Groups in India“, working paper.

Kumaranayake und Lilani (1998) „Effective Regulation of Private Sector Health Service Providers“, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

La Concertation (2004) „Inventaire des mutuelles de santé en Afrique, Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays“.

Leal (2008) „El IMSS bajo el Foxismo“, in *Imagen Médica*, Februar 2008.

Lethbridge, J. (2002) „Forces and Reactions in Healthcare“, PSIRU, Dezember 2002.

Meessen, B. (2006) „Reviewing institutions of rural health centres: the performance initiative in Butare, Rwanda.“, in *Tropical Medicine and International Health*, August 2006.

Ministry of Health Ghana (2007) „Health Sector 5 Year Programme of Work 2002 – 2006“; Independent Review of POW-2006

NCBA (2007) Literature Review for the West Africa Health Cooperative Project (NCBA wird von USAID unterstützt).

NCHC (2007) Health Insurance Cost, Facts on the Cost of Health Care

Ooms und Melody (2006) „Do we Need a World Health Insurance to Realise the Right to Health?“

Oxfam International (2006) „In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All“.

PAHO/WHO (2001) „Genero y sistema ISAPRE“.

Pathe Diop und Damascene Butera (2005) „Community-based health insurance in Rwanda“, *Development Outreach*, Mai 2005.

Poletti et al. (2007) „Options for Scaling Up Community Based Health Insurance for Rural Communities in Armenia“  
 Health Systems Development Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oxfam, und HSD.

Reuters (2008) US doctors support universal health care – survey, 31. März 2008

Roth und McCord (2007) „The Landscape of Microinsurance in the World’s 100 Poorest Countries“.

Rusa und Fritsche (2007) „Rwanda: Performance-Based Financing in Health“. In *The Sourcebook on Emerging Good Practice*, 2. Aufl., Mai 2007.

Sakunphanit (2007) „Universal Coverage for Health Care: From Policy to Implementation“.

Schneider und Hanson (2006) „The impact of micro health insurance on Rwandan health centre cost“

Social Watch Report 2007: In Dignity and Rights, Making the Universal Right to Social Security a Reality.

Scott (2007) „Seguro Popular Incidence Analysis“.

SPS (2008) Seguro Popular Salud; Statistics: [www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR](http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR)

Towse et al. (2004) „Learning from Thailand’s health reforms“, in *British Medical Journal*, Januar 2004.

UNDP (2005) Bericht über die menschliche Entwicklung

United Nations Research Institute for Social Development (2007) „Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons Learned from UNRISD Research“ Research and Policy Brief 7.

Waelkens et al., ILO-STEP (2005) „The Role of Social Health Protection in Reducing Poverty: The Case of Africa“.

Wagstaff (2007) „Social Health Insurance Reexamined“, Development Research Group, World Bank.

WHO (1948) Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, 1948.

WHO (2000) World Health Report 2000: Health Systems; Improving Performance

WHO (2003) „Community-Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives“.

WHO (2005) „Social Health Insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific“.

WHO (2005) „Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System“, Technical Brief for Policy-Makers, Nr. 1.

World Bank (2007) „Healthy Development, The World Bank Strategy for HNP Results“

© Oxfam International, Mai 2008

Dieses Dokument wurde von Esmé Berkhout und Harrie Oostingh verfasst. Oxfam dankt Alice Schmidt, Stephan Kreischer, Nicolas Guihard, Marie-Alexia Delerue und Tom Noel für ihre Mitarbeit. Dieses Positionspapier ist Teil einer Reihe von Publikationen, mit denen über die öffentliche Debatte über entwicklungspolitische und humanitäre Fragen informiert wird.

Der Text kann für Kampagnen, Bildungs- und Forschungszwecke unentgeltlich genutzt werden, sofern die vollständige Quelle angegeben wird. Der Inhaber des Urheberrechts bittet darum, dass ihm sämtliche derartige Nutzungen zum Zwecke der Auswertung gemeldet werden. Für die Vervielfältigung unter sonstigen Umständen oder für die Verwendung in anderen Veröffentlichungen oder für eine Übersetzung oder Bearbeitung ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich und es können Gebühren anfallen. Senden Sie eine E-Mail an: [info@oxfam.de](mailto:info@oxfam.de)

Für weitere Informationen über die in diesem Papier behandelten Themen senden Sie bitte eine E-Mail an: [info@oxfam.de](mailto:info@oxfam.de)

Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen sind zum Zeitpunkt der Drucklegung korrekt.