

Editorial

Mit den Millenniumsentwicklungszielen wurden in den letzten fünfzehn Jahren bedeutende Fortschritte im Gesundheitswesen erzielt, vor allem bei der Kindersterblichkeit und der Bekämpfung von Krankheiten wie Tuberkulose und Malaria. Das ist erfreulich.

Allerdings hat die Fokussierung auf bestimmte Krankheiten zum Teil dazu geführt, dass die Gesundheitssysteme als Ganzes zu wenig gestärkt wurden, obwohl dies eine unentbehrliche Voraussetzung für die schrittweise Umsetzung der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist. Z.B. wurden beträchtliche Mittel für die Bekämpfung der Ebola-Epidemie bereitgestellt. Jetzt sind weitere Mittel notwendig, um in den betroffenen Ländern medizinische Fachkräfte auszubilden, da mehrere hundert von ihnen dem Virus zum Opfer gefallen sind.

Das der Gesundheit gewidmete dritte Ziel für nachhaltige Entwicklung ist erst erreicht, wenn alle Menschen und Gemeinschaften Zugang zu qualitativ guten medizinischen Leistungen haben, und wenn sie durch die damit verbundenen Kosten nicht in finanzielle Not geraten.

Die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung hängt also von zahlreichen zusammenhängenden Faktoren ab. Sie bedingt daher einen systemischen Ansatz. Die DEZA verfolgt diesen Ansatz und setzt auf Massnahmen, die die Gesundheitssysteme als Ganzes stärken. In diesem Global Brief erfahren Sie unter anderem wie sich die DEZA im P4H Netzwerk (Providing for Health) für eine verstärkte Zusammenarbeit der Akteure und eine gerechte und nachhaltige Gesundheitsfinanzierung einsetzt.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.
Dominique Favre
Stellvertretender Vizedirektor

EIN SCHRITT IN RICHTUNG GESUNDHEIT FÜR ALLE



Notfallabteilung des öffentlichen Spitals San Juan de Dios, Guatemala-Stadt.
Photo: Maria Fleischmann/Weltbank

Besteht eine medizinische Grundversorgung, so heisst das noch lange nicht, dass sie für alle zugänglich ist. Gesundheitsleistungen bezahlen zu können, ohne zu verarmen, ist ebenfalls nicht selbstverständlich. Mit der angestrebten allgemeinen Gesundheitsversorgung sollen diese und andere Herausforderungen bewältigt werden. Das Globalprogramm Gesundheit der DEZA leistet über konkrete Initiativen und den politischen Dialog einen Beitrag dazu.

Am 12. März 2016 brachten Angehörige die mit Zwillingen hochschwangere Monique Koumateke wegen Komplikationen in das Hôpital Laquintinie in Douala, Kamerun. Da die 31-Jährige kein Geld hatte, wurde sie nicht aufgenommen und starb einige Stunden später vor dem Eingang der Entbindungsstation. Das allein hätte vielleicht noch keinen Skandal ausgelöst, wenn Moniques Nichte das Personal nicht vergebens angefleht hätte, einen Notkaiserschnitt durchzuführen, und dann im verzweifelten Versuch, die Zwillinge zu retten, den Bauch der Verstorbenen selber mit einer Rasierklinge aufgeschnitten hätte. Ein Baby war bereits tot, das andere starb kurz darauf.

Die tragische Geschichte wurde per Handy gefilmt und über die sozialen Medien verbreitet. Sie zeigt die Ungleichbehandlung beim Zugang zu medizinischen Leistungen, von der die ärmsten Bevölkerungsschichten besonders betroffen sind.

Weltweit haben 400 Millionen Menschen keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung. Dies entspricht fast der Einwohnerzahl Südamerikas. Noch schlimmer: In 37 der untersuchten Länder sind 17% der Bevölkerung von extremer Armut betroffen (weniger als 2 US-Dollar Einkommen pro Tag), weil sie ihre medizinischen Behandlungen selber bezahlen müssen. Man spricht

daher von katastrophalen Gesundheitsausgaben. Diese Zahlen stammen aus einem Bericht der WHO und der Weltbank von 2015.

Im Bericht steht auch, dass die von den Patienten verlangte Direktzahlung ein Haupthindernis für den Zugang zu medizinischen Leistungen für alle ist. Die Ärmsten der Gesellschaft gehen daher gar nicht erst zum Arzt. Ihre Zahl lässt sich per Definition kaum bestimmen, doch eines steht fest: Armut beeinträchtigt die Gesundheit, was wiederum zu einem geringeren Einkommen führt – ein Teufelskreis. Auch in reichen Ländern werden nicht alle Menschen versorgt, doch ist das Problem in Staaten mit niedrigem und mittlerem Einkommen viel gravierender.

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Die Mitgliedstaaten der WHO verpflichteten sich 2005, «ihre Gesundheitsfinanzierungssysteme so auszubauen, dass alle Menschen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben und nicht durch dafür anfallende Kosten in finanzielle Not geraten.» So entstand das Konzept der allgemeinen Gesundheitsversorgung. In der Folge wurden weitere Aspekte integriert: Welche Leistungen und welche Qualität sollen angeboten werden? Wer soll Zugang haben? Wie stark sollen die Leistungsbezügler finanziell abgesichert sein?

Die medizinische Grundversorgung umfasst die Behandlung von Krankheiten, beginnt aber mit der Gesundheitsförderung und der Prävention: Ernährung, Bewegung, Familienplanung, Schwangerenvorsorge, Impfung von Kindern, Zugang zu Wasser. Gemäss der WHO ist die allgemeine Gesundheitsversorgung nicht gegeben, wenn eine dieser Leistungen nicht zur Verfügung steht. Sie gilt als erreicht, wenn 80% der Bevölkerung Zugang zu medizinischen Basisleistungen haben. Dazu gehören gemäss WHO solide, effiziente und gut geführte Gesundheitseinrichtungen, hochwertige und bezahlbare Leistungen, Zugang zu Medikamenten und medizinischen Technologien sowie genügend motivierte, gut ausgebildete medizinische Fachkräfte. Die Krux ist und bleibt die Finanzierung.

2010 sprach sich die WHO in einem Bericht für ein solidarisches Finanzierungssystem mit Beihilfen aus, das den Zugang zur Grundversorgung erleichtert. Die internationale Hilfe ist zwar weiterhin in den ärmsten Ländern aktiv, doch müssen diese Länder auch inländische Finanzmittel mobilisieren, namentlich durch eine restriktivere Finanzpolitik und einen effizienteren Einsatz ihrer bescheidenen Mittel.

Die DEZA konzentriert sich auf drei Schwerpunkte: die Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen, einen Mechanismus zur sozialen Absicherung, um die ärmsten Bevölkerungsschichten zu integrieren, und die gezielte Verbesserung der Leistungsqualität. Die Herausforderung besteht darin, hochwertige und bezahlbare Leistungen für eine wachsende und immer älter werdende Bevölkerung bereitzustellen. Verschiedene Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen, etwa Mexiko, Ruanda, Gabun und Thailand, haben gezeigt, dass es möglich ist, die allgemeine Gesundheitsversorgung erheblich zu verbessern.

Systemischer Ansatz

Im Jahr 2012 anerkannte die UNO-Generalversammlung die Bedeutung der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Diese wurde in der Folge in die Verhandlungen über die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) integriert, die Ende 2015 verabschiedet wurden. Mehrere Länder wollten sie zu einem eigenständigen Ziel erheben. Einige, darunter die Schweiz, befürchteten jedoch, dass damit andere wichtige Gesundheitsfaktoren wie Bildung, Wohnsituation oder Einkommen vernachlässigt werden könnten. Diese haben einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand und den Zugang zu medizinischen Leistungen. Schliesslich wurde die allgemeine Gesundheitsversorgung zu einem wichtigen Unterziel des dritten SDGs, das der Gesundheit gewidmet ist.

Die Akteure und Geber im Gesundheitsbereich konzentrieren sich häufig auf spezifische Krankheiten und Krankheitsgruppen und finanzieren typischerweise Medikamente, Einrichtungen und Personalschulungen in diesen Bereichen. Dies kann zu Doppelspurigkeiten und Verschwendung führen, da das Gesundheitswesen als Ganzes aus dem Blick gerät. Die allgemeine

Gesundheitsversorgung geht wie auch die SDGs davon aus, dass diese Themen interdependent sind. Es handelt sich um einen systemischen Ansatz, der die Vernetzung und die sektorübergreifende Zusammenarbeit fördert, wie die globale P4H-Initiative zur Gesundheitsfinanzierung zeigt (s. S. 3).

Dieser Ansatz erfordert nicht nur eine Verbesserung des Leistungsangebots und der finanziellen Absicherung in den einzelnen Ländern, sondern auch einen intensiven politischen Dialog auf globaler Ebene, zu dem die DEZA mit dem Globalprogramm Gesundheit einen aktiven Beitrag leistet. Das Globalprogramm fördert insbesondere die schrittweise Umsetzung aller Aspekte der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Die Länder des Südens legen das Schwergewicht nämlich häufig auf den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten und weniger auf die Qualität der medizinischen Leistungen.

Dieser politische Dialog wird hauptsächlich in der WHO, aber auch in anderen Gremien wie der Weltbank oder der Internationalen Arbeitsorganisation sowie in den einzelnen Ländern oder im Rahmen der strategischen Beziehungen zu Ländergruppen geführt. Derzeit wird übrigens eine globale Allianz zur Koordination der allgemeinen Gesundheitsversorgung geschaffen, die das Engagement aller Gesundheitsakteure bündeln und die Gesundheitsversorgung durch die Stärkung der Gesundheitssysteme verbessern soll. Zudem soll sie die Systeme auf die nationalen Strategien ausrichten und die Gouvernanz vor allem in den ärmsten Ländern fördern und unterstützen. ■



Die Pädiatrie ist ein zentrales Element der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Hier im Makara Spital, Preah Vihear, Kambodscha.
Photo: Chhor Sokunthea/Weltbank

Ein Gesundheitsnetzwerk

Gesundheitspolitik ist Sache der jeweiligen Regierung. Doch je mehr das Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung an Sichtbarkeit und Bedeutung gewinnt, desto mehr Unterstützungsanfragen von Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen und desto mehr Akteure (technische und finanzielle Partner), die Hilfe leisten wollen, gibt es. Mit dem Ergebnis, dass alle diese Geber und Berater in den Bereichen Gesundheit, soziale Absicherung, Finanzen und Gouvernanz ihre oft widersprüchlichen Meinungen abgeben. Aus diesem Grund wurde 2007 ein globales Netzwerk für allgemeine Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung im Krankheitsfall geschaffen, besser bekannt unter seinem englischen Kürzel «Providing for Health» oder P4H. Zu den Mitgliedern des Netzwerks gehören die Weltgesundheitsorganisation, die Internationale Arbeitsorganisation, die Weltbank, die Afrikanische und die Asiatische Entwicklungsbank sowie

eine Reihe von Ländern, darunter auch die Schweiz, welche die wichtigste Geberin des Netzwerks ist. P4H dient als Plattform für Austausch, Innovationen, Dialog und Ausbildung und ermöglicht die Koordination der fachlichen Unterstützung.

Bis jetzt haben rund dreissig Entwicklungsländer die Dienste des Netzwerks in Anspruch genommen. Themen waren beispielsweise Finanzierungsstrategien in Benin und Uganda, die soziale Absicherung in Kambodscha, die Ausdehnung der Gesundheitsversorgung auf den informellen Sektor in Indonesien oder die Lancierung einer nationalen Strategie für eine allgemeine Gesundheitsversorgung im Tschad. In Tschad und Mosambik ist die Gesundheitsfinanzierung ein Schwerpunkt der bilateralen Programme der DEZA. In diesen beiden Ländern hat sie auch die Rolle des Focal Points des Netzwerks inne.

Das Netzwerk begleitet ein Land je nach Bedarf während mehrerer Jahre und überwacht die erzielten Fortschritte. Bangladesch zum Beispiel wollte nach der Teilnahme an einem Forum über Gesundheitsfinanzierung in Südasiens im Juni 2010, das unter anderem von der Weltbank und dem P4H-Netzwerk organisiert worden war, eine nationale Gesundheitsstrategie einführen. Im Jahr darauf konnte nach verschiedenen Treffen und Workshops aufgezeigt werden, dass 60% der Bevölkerung ihre Gesundheitsleistungen aus der eigenen Tasche bezahlen. In der Folge wurde eine Konferenz zur sozialen Absicherung organisiert, die im November 2011 zur Lancierung eines Pilotprojekts für eine Krankenversicherung führte. Daraufhin wurde eine Finanzierungsstrategie und ein Gesetz über den Gesundheitsschutz ausgearbeitet. ■

Drei Fragen an ...

DAVID B. EVANS ist beratender Gesundheitsökonom der Weltbank und befasst sich mit dem Thema Gesundheitsfinanzierung. Er leitete das Department of Health System Governance and Financing der Weltgesundheitsorganisation von dessen Gründung im Jahr 2003 bis März 2015.



Die allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC) gilt als erreicht, wenn 80% der Bevölkerung eines Landes versorgt sind. Besteht da nicht die Gefahr, dass die übrigen 20% vergessen gehen?

Ziel ist es, schrittweise allen Menschen die notwendigen und qualitativ guten medizinischen Leistungen zu einem bezahlbaren Preis zur Verfügung zu stellen. Da jeden Tag neue Technologien zur Verbesserung der Gesundheit auf den Markt kommen, kann kein Land dieses Ziel vollständig verwirklichen. Einige Staaten sind aber näher daran als andere. Diese 80 % sind also ein Orientierungswert, um die Fortschritte von Ländern zu messen, die über sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen verfügen. Staaten, die den Wert erreicht haben, sollten eine 100% Abdeckung anstreben.

Auch die ärmsten Länder sollen bis zu 75% ihrer UHC finanzieren. Ist das realistisch?

Länder mit niedrigem Einkommen tragen zurzeit im Durchschnitt rund 75% ihrer Gesundheitsausgaben selbst. Obwohl 25% der Kosten von der Entwicklungshilfe für Gesundheit abgedeckt werden, reichen die Mittel der meisten Länder mit niedrigem oder niedrigem mittlerem Einkommen nicht aus, um eine allgemeine Versorgung auch nur ansatzweise sicherzustellen. Ich bin gar nicht einverstanden mit der verbreiteten Ansicht, dass diese Staaten über genügend eigene Ressourcen verfügen, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einer Reihe von Grundleistungen zu einem annehmbaren Preis anbieten zu können. Das stimmt nicht, und sie werden es selbst bei einem rasanten Wirtschaftswachstum nicht bis 2030 schaffen. Sie können mehr inländische Mittel mobilisieren, aber es braucht mehr Entwicklungshilfe und nicht weniger, wenn UHC tatsächlich Wirklichkeit werden soll.

Das bi- und multilaterale Netzwerk «Providing for Health» soll die Kohärenz zwischen den vielen Gesundheitsakteuren einschliesslich Gebern fördern. Welches sind die Haupthindernisse?

Das Hauptproblem ist meines Erachtens, dass die Herangehensweisen an die Frage, wie der Aufbau der UHC-Finanzierungssysteme am besten zu bewerkstelligen ist, diametral auseinandergehen. Dies ist bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich und kann nützlich sein für Länder, die in der Lage sind, die für sie beste Lösung zu wählen. Die Herausforderung für «Providing for Health» besteht darin, sicherzustellen, dass Partnerorganisationen und Empfängerländer Zugang zu den besten verfügbaren Erkenntnissen haben, um fundierte Politikentscheidungen fällen zu können, und dass die Länder die nötigen Kapazitäten dazu haben. ■

Open-Source-Software für die Verwaltung von Krankenversicherungen

Eine allgemeine Gesundheitsversorgung beruht auf einer solidarischen Absicherung gegen finanzielle Risiken, zum Beispiel über ein Versicherungssystem. Um dieses effizient verwalten zu können, braucht es eine computerbasierte Plattform, vor allem wenn die Zahl der Versicherten und damit auch der Operationen stark ansteigt. Länder mit kleinem und mittlerem Einkommen verfügen jedoch nicht immer über die dafür erforderlichen finanziellen Mittel und technischen Kapazitäten. Hier kommt die Software des Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Instituts (Swiss TPH) ins Spiel, die bei einem von der DEZA finanzierten bilateralen Programm in Tansania getestet wurde.

Das zwischen 2011 und 2012 eingeführte System erlaubt es, Beitritte, Vertragsverlängerungen, Schadensmeldungen und Rechnungen zentral zu verwalten. Es kann in allen Kontexten für verschiedene Versicherungstypen und -produkte angewendet werden. Die Versicherung und die Anbieter von Gesundheitsdiensten können zudem die Versicherten anhand eines persönlichen Identifikationscodes, der mit einem Foto verbunden ist, identifizieren. Das System funktioniert auch ohne Netz. Die Daten werden mit dem zentralen Server synchronisiert, sobald eine Internetverbindung besteht.

In Tansania wird das System zurzeit in drei Regionen benutzt und soll in Zukunft landesweit eingeführt werden. In der ersten Testregion brachte die Einführung des Systems eine Professionalisierung der Organisation der Krankenversicherung, und rund 420 000 Personen erhielten Zugang zu 827 Gesundheitszentren.

2013 führte Kamerun die Software ein, ein Jahr später Nepal. Andere Partner als die DEZA halfen den beiden Ländern, die Software an ihre spezifischen Bedürfnisse anzupassen. In beiden Fällen leistete das Swiss TPH technische Hilfe. Das Projekt insgesamt wird vom P4H-Netzwerk (s. S. 3) unterstützt.

Schwerpunkte der DEZA

Die DEZA:

- unterstützt durch ihre bilateralen Programme Regierungen beim Aufbau einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Die DEZA baut dabei auf ihre langjährige Erfahrung in der Gesundheitsfinanzierung und sozialen Absicherung im Krankheitsfall.
- fördert das «Leave no one behind»-Prinzip. Demnach sollen auch Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedürfnissen qualitativ gute Dienstleistungen und Produkte in Anspruch nehmen können, ohne dadurch in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten. Dies sind z. B. Schwangere, Kinder, Behinderte, Migranten und ältere Personen.
- setzt sich für die nachhaltige Stärkung der Gesundheitssysteme ein. Dazu braucht es eine bessere Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. Aus diesem Grund ist die DEZA im P4H-Netzwerk (Providing for Health) aktiv, dem mehrere Länder und internationale Organisationen angehören.
- fördert über den politischen Dialog die Umsetzung aller Aspekte der allgemeinen Gesundheitsversorgung, d. h. Zugang zu medizinischer Versorgung und deren Finanzierung, aber auch Leistungsqualität.

Die Software ist über eine proprietäre Lizenz der DEZA erhältlich. Das Globalprogramm Gesundheit der DEZA plant, eine modulierbare und mit anderen Gesundheitsinformationssystemen interoperable Open-Source-Version zu entwickeln. Diese Lösung ist weniger teuer, weil keine kommerzielle Lizenz gekauft werden muss.

Ein weiterer Vorteil einer allgemeinen öffentlichen Lizenz besteht darin, dass die Nutzerinnen und Nutzer das Programm herunterladen, anpassen und verteilen dürfen, sofern die Änderungen unter derselben Lizenz zugänglich sind. Auf diese Weise ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der Software durch eine aktive Nutzer- und Entwicklergemeinschaft sichergestellt. Änderungen an der grundlegenden Softwarestruktur bleiben jedoch in der Verantwortung des Teams, das die Masterversion verwaltet. ■



Patienten im Wartezimmer des Redemption Spitals, Monrovia, Liberia.
Photo: Dominic Chavez/Weltbank

Impressum

Herausgeber:

Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA
Bereich Globale Zusammenarbeit
Freiburgstrasse 130, CH-3003 Bern
deza@eda.admin.ch, www.deza.admin.ch

Diese Publikation ist auch auf Französisch und Englisch erhältlich.