

Strukturanpassung schadet Ihrer Gesundheit

Strukturanpassungsprogramme im Gesundheitssektor

Seit den 80er-Jahren setzte die Regierung eine Reihe von Strukturanpassungsprogrammen (SAPs) um, die ihr vom Internationalen Währungsfonds und von der Weltbank auferlegt worden waren, um der Schiefelage bei der Handelsbilanz, dem Haushaltsdefizit und der gewaltigen Auslandsverschuldung zu begegnen.



Die Strukturanpassungsprogramme enthielten bestimmte Bedingungen, welche die verschuldeten Länder zu erfüllen hatten, wollten sie neue Kredite bekommen. Im Rahmen der Aufnahme neuer Kredite übersetzten die philippinischen Regierungen diese Auflagen in ihre politische Verfahrenslinien, Gesetze, Programme und in andere Rechtsinstrumente.

Das ist der Hauptgrund, warum sich die Entwicklungsprogramme der letzten drei Regierungen in Bezug auf ihre Visionen, Strategien, Erwartungen und Ziele nicht voneinander unterschieden. Um wirtschaftliches Wachstum und Entwicklung zu erreichen und global wettbewerbsfähig zu werden, folgten sie allesamt den neoliberalen Prinzipien von Liberalisierung, Privatisierung, Deregulierung und Dezentralisierung.

Der Artikel ist eine stark gekürzte Fassung des Abschlussberichtes des Citizens Assessment of Structural Adjustment (CASA) Philippines im Rahmen der Initiative »Strukturanpassung auf dem Prüfstand«, 2002

Im Gesundheitssektor spiegelte sich dieser Weg der letzten drei Regierungen vor allem in den mittelfristigen Entwicklungsplänen, die formuliert wurden, um in diesem Sektor den Bedingungen der SAPs zu genügen — dem *Health Plan for People's Health* (1987-1992), dem *National Health Plan* (1995-2020) und der *Health Sector Reform Agenda* (1999-2004).

Folgen für Gesundheitssektor

Folgende Ziele, Erwartungen und Politikleitlinien der verschiedenen SAPs zwischen den frühen 80ern und 1999 hatten schwerwiegende Auswirkungen auf die sozialen Dienste — insbesondere bei der Gesundheit und der Bildung:

- die jährlich striktere Begrenzung öffentlicher Ausgaben sowie der Neuverschuldung. Um dieses Ziel zu erreichen, muss Geld sehr überlegt verwendet werden; öffentliche Mittel sind effizient zu nutzen; Ausgaben sind zu reduzieren und die Ausgabenkontrolle zu verschärfen. Dazu gab es immer wieder fiskalpolitische Maßnahmen wie das Einfrieren von Gehältern öffentlicher Angestellter, Einschnitte in den jährlichen Staatshaushalt und in Subventionsleistungen sowie Einstellungsstopps. Gerade bei wirtschaftlichen und sozialen Dienstleistungen bedeutete die Begrenzung und der Abbau des Staatsdefizits sofort Budgetkürzungen und/oder die Aufrecht-

erhaltung der Geldzuweisungen auf der niedrigstmöglichen Stufe — in der Regel auf dem Niveau der Vorjahre.

- der Abbau grundlegender Ausgaben für wirtschaftliche und soziale Dienste (oder ihre Weiterführung ohne Inflationsausgleich). So war zum Beispiel eine haushaltspolitische Maßnahme, um die Bedingungen der Vereinbarungen mit dem IWF (der sogenannten *Stand-by Arrangements*) von 1998/99 zu erfüllen, die Kürzung einiger (nach dem Ermessen der Regierung ausgewählter) Ausgaben in diesem Sektor um 25 Prozent.
- die Reduzierung von Staatsinvestitionen, also die Aussetzung oder den Stopp des Baus/Ausbaus oder der Verbesserung von Infrastruktureinrichtungen, inklusive Krankenhäuser, Sanatorien, Ärzte- und Gesundheitszentren. Die Anschaffung und Reparatur von Krankenhausausstattung ist gleichermaßen betroffen.
- das Ende der Anwerbung öffentlich Angestellter, um die aus dem Öffentlichen Dienst Ausscheidenden zu ersetzen. Die Umsetzung dieser Politik — als eine Erfüllung der Auflagen des »IWF-Ausstiegsprogramms« (1994-1997) — resultierte Ende des Jahres 1995 in geschätzten 15.000 unbesetzt gebliebenen Stellen und damit in einer spürbaren Verkleinerung des Öffentlichen Dienstes.
- der Umbau der Bürokratie, der zur Zusammenlegungen und Abschaffung von staatlichen Institutionen führte oder zur Übertragung ihrer

Aufgaben an Lokalregierungen sowie zur Privatisierung von Verwaltungsabteilungen und -funktionen. Diese politische Schlüsselstrategie führte zur Ausmusterung von öffentlichen Angestellten, nicht nur im Gesundheits- und Bildungsdienst.

- die Privatisierung staatseigener Unternehmen, Ministerialabteilungen und öffentlicher Funktionen. Im Gesundheitssektor stellt sich Privatisierung dergestalt dar, dass regionale und nachrangige Krankenhäuser in die Rechtsform von Staatsunternehmen gebracht werden, denen es erlaubt ist, als selbstständige finanzielle Einheiten zu agieren. Diesen Gesundheitsinstitutionen wird dann erlaubt, durch die Erhebung von Gebühren Gewinne anzustreben, zu machen und zu behalten. Das heißt, Patient/innen müssen für jede Dienstleistung zahlen, ebenso für die Benutzung von technischer Ausrüstung und für ihre Versorgung.
- Einschränkung des Zugriffs der Kommunen (*Local Government Units* — oder LGUs) auf öffentliche Einkünfte. Diese Politik hat deshalb negative Konsequenzen, weil viele Gesundheitsaufgaben bereits den LGUs überantwortet waren. Deshalb zieht beim Finanzausgleich zwischen Staat und LGUs eine Reduzierung um zehn Prozent eine Verschlechterung in der Versorgung mit Arzneimitteln und medizinischem Bedarf nach sich und Budgetkürzungen bei Gemeinde- und Provinzkrankenhäusern, -kliniken und -gesundheitszentren.

Einschnitte im Budget

Gesundheit war nie ein vorrangiges Anliegen der letzten philippinischen Regierungen, obwohl sich in deren mittelfristigen Entwicklungsplänen stets Verlautbarungen über die wichtige Rolle der Gesundheit für die soziale und menschliche Entwicklung fanden.

Diese Geringschätzung wird im Vergleich des Haushalt für das Gesundheitswesens mit dem anderer Ministerien und Sektoren deutlich — insbesondere mit dem Verteidigungshaushalt und dem Schuldendienst. Während des 15-jährigen Zeitraumes, in dem der durchschnitt-

liche Anteil des Gesundheitsbudgets bei drei Prozent des Staatshaushaltes lag, wurden acht Prozent für Verteidigung und 29 Prozent für den Schuldendienst aufgewendet.

Darüber hinaus sanken die Ausgaben für Gesundheit zwischen 1986 und 1998. Sie sind 1997 noch einmal richtig gesunken, in Folge der asiatischen Finanzkrise. Als Sparmaßnahme im Rahmen eines weiteren IWF-Programms (*Precautionary Standby Arrangement*), mit dem der Internationale Währungsfonds 1998-1999 neue Bedingungen für die Kreditaufnahme setzte, wurde eine Rücklagenbildung angeordnet, die bei zentralen Gesundheitsprogrammen zu drastischen Einschnitten ins laufende Budget führte.



Schwer betroffen waren das Bilharziose-Programm, dessen Budget um 45 Prozent gekürzt wurde, das Tuberkulose (TB)-Vorbeugungsprogramm mit einem 38 prozentigen Einschnitt und das erweiterte Impfprogramm mit 31 Prozent weniger Geld. Infolgedessen mussten die Ziele dieser öffentlichen Gesundheitsprogramme heruntergeschraubt werden. Das Bilharziose-Kontrollprogramm verkleinerte seine Zielgruppe beispielsweise von 400.000 auf 296.000 Patienten, während das TB-Kontrollprogramm bei geschätzten 90.000 Patienten auf eine Vorbeugung verzichten musste.

Diese Abstriche bei den grundlegenden Gesundheitsprogrammen des Staates bedeuten auch, dass entweder ein großer Prozentsatz ihrer Nutznießer die Medikamente — wie bei der TB- oder Bilharziosevorbeugung geschehen — selber bezah-

len muss, oder aber die Behandlung aufschieben muss, was gewöhnlich auf arme Patienten zutrifft.

1998 machte der Gesundheitsetat fast 13 Milliarden Peso (damals: ca. 350 Millionen Euro) aus; 1999 nur noch 11,3 Milliarden. Zum Jahr 2000 wurde das Budget weiter auf 10,2 Milliarden zurückgefahren, was sich der Marke von gerade einmal zwei Prozent des Staatshaushalts näherte. Dieser Rückgang der Gesundheitsausgaben ist Teil einer generellen Ausgabenreduzierung der Regierung in diesen Jahren. Währenddessen nimmt die Anzahl der Hilfsbedürftigen in der Bevölkerung zu.

Das niedrige Gesundheitsbudget hat zur weiteren Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes im Lande beigetragen, was am hartnäckigen Beharren ansteckender, aber heilbarer Krankheiten wie Bronchitis, Lungenentzündung und Tuberkulose gezeigt werden kann — und auch an der weit verbreiteten Fehlernährung von Säuglingen und Kindern.

Geringer Anteil am Bruttoinlandsprodukt

Neben dem Abwärtstrend des realen Gesundheitsbudgets, den Regierungsmaßnahmen wie Sparprogramme, Pesoabwertung, Inflation, und die Deregulierung der Preise für Waren und Dienstleistungen mit sich brachten, gibt es ein weiteres Anzeichen für den niedrigen Stellenwert der Gesundheit in der philippinischen Regierungspolitik.: Von 1985 bis 1991 wurden die gesamten Gesundheitsausgaben auf nur zwei Prozent des Bruttoinlandsproduktes geschätzt — und seitdem hat sich dieser Anteil kaum verbessert.

Verglichen mit den Ausgaben für Gesundheitsvorsorge in 10 anderen Ländern aus dem asiatisch-pazifischen Raum, sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den Philippinen am zweitniedrigsten, so eine Weltbankstudie. Auch der Anteil am Bruttoinlandsprodukt liegt nur in einem Land niedriger. Obwohl er von 3,0 Prozent im Jahr 1991 auf 3,5 Prozent 1997 stieg, ist er immer noch weit vom Schwellenwert der Weltgesundheitsorganisation entfernt, den die WHO mit mindestens fünf Prozent des Bruttoinlandsproduktes angibt. [weiter auf S. 70]

Die Mehrheit der 64 Millionen Filipinos, von denen 29 Millionen in städtischen Ballungsräumen und 35 Millionen auf dem Land leben, kann sich keine angemessene Gesundheitsversorgung leisten; zu ungleich ist das medizinische Personal verteilt und zu teuer sind Medizin und Gesundheitsdienstleistungen.

So gibt es 1.742 Krankenhäuser im Land, die meisten in den Ballungsräumen. Insgesamt sind davon 1.103 private und 639 öffentliche Einrichtungen. Daneben gibt es 2.385 schlechter ausgerüstete Gesundheitsstationen.

Die Philippinen sind das führende Krankenschwester-Exportland (siehe S. 71)

68 Prozent aller philippinischen Ärzte und Ärztinnen gehen ins Ausland; nur 32 Prozent bleiben im Land, lassen sich aber meistens in den Städten nieder.

Auf zehn Todesfälle kommen sechs, bei denen im Vorfeld kein Arzt konsultiert wurde. Den Hauptgründen für verfrühten Tod und für Krankheiten wäre vorzubeugen und durch Aufklärung zu begegnen.

Eine wachsende Bedrohung geht von Herzkrankheiten und anderen gesellschaftlich begründeten Problemen wie AIDS und dem Drogenmissbrauch aus.

Lungenentzündung und Tuberkulose sind die häufigsten Todesursachen. 132 Filipinos und Filipinas sterben jeden Tag an Tuberkulose und mehrere hunderttausend stecken sich Jahr für Jahr mit dem Erreger an. Nach Auskunft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind 39 Prozent aller philippinischen Kinder schon einmal mit Tuberkulose infiziert gewesen.

16 Menschen, davon elf Kinder, sterben jeden Tag an Durchfall. Stündlich sterben zwei Säuglinge an Lungenentzündung, Durchfall, Malaria und Mangelernährung.

Die Philippinen sind:

- weltweit die Nummer 1 bei Keuchhusten, Diphtherie und Tollwut,
- weltweit die Nummer 3 bei durch Vitamin-A-Mangel ausgelöster Blindheit,
- die Nummer 1 im westpazifischen Raum bei Tuberkulose, der Wurmerkrankung Schistosomiasis und bei Kinderlähmung.

Die Mangelernährung, im Wesentlichen verursacht durch die Armut, ist ein weiteres großes Gesundheitsproblem: Zwei Millionen philippinischer Vorschulkinder bekommen keine ausreichende Ernährung, 1,6 Millionen Filipinos bekommen zu wenig Vitamin A, Eisen und Jod mit der Nahrung. Mehr als 50 Prozent aller schwangeren oder stillenden Mütter leiden unter Blutarmut.

Zur schlechten Ernährungslage kommen oft unzureichende hygienische Verhältnisse und der mangelnde Zugang zu sicherem Trink-

wasser, was beides ebenfalls Krankheiten Vorschub leistet: 13 Millionen Filipinos haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser.

Nach Volkszählungsangaben aus dem Jahr 2000 haben 23,4 Millionen Filipinos immer noch keine Ausstattung mit festen Toiletten. Der Mangel an hygienischen Toiletten ist einer der Hauptgründe für die Verbreitung von Infektionskrankheiten im Land.

Allein in Manila fallen jeden Tag 5 Millionen Tonnen Müll an.

98 Prozent der philippinischen Kinder haben Karies und Zahnfleischerkrankungen, 60,2 Prozent der Gesamtbevölkerung haben Parodontose. Nach dem nationalen Zahngesundheitsüberblick von 1998 sind auch bei den verbleibenden Zähnen immer noch um die 90 Prozent von Karies betroffen.

Dazu kommt, dass 96 Prozent der Filipinos zwischen 6 und 44 Zahnfehlstellungen, Zahnlücken oder Füllungen in den verbleibenden Zähnen haben. Die Hauptursachen für diese klägliche Situation sind schlechte Ernährung und unerschwingliche, bzw. nicht erhältliche Zahnpflegemittel.

Jede Stunde werden 194 Babys geboren und lassen die Bevölkerung anwachsen. Nicht einmal

die Hälfte aller Paare benutzt zuverlässige Verhütungsmethoden (siehe S. 81).

Die Luftverschmutzung in Metro Manila führt dazu, dass die Philippinen im einem jüngeren Vergleich von 56 Metropolen weltweit auf dem zweitletzten Platz landen. In Ballungsgebieten der USA beträgt der durchschnittliche Schwefelgehalt der Luft 2,2 Mikrogramm pro Kubikmeter, in Manila erreicht der Schwefelgehalt 33,0 Mikrogramm.

Beim Schwebstoffgehalt der Luft, für den beispielsweise in den Städten Kanadas der Partikel-Messwert 7,8 angegeben wird, kommt Manila auf einen durchschnittlichen Partikel-Messwert von 200. Unter Manilas Gasglocke sterben jeden Tag 16 Einwohner/innen an den Folgen der Luftverschmutzung.

Mehr als zwei Millionen Filipinos leiden an Diabetes. Die Zuckerkrankheit ist eine der zehn häufigsten Todesursachen landesweit.

Jede Minute sterben neun Menschen an Herzkrankheiten. Alle neun Minuten stirbt sogar ein Kind unter 15 Jahren an Herzdefekten oder -krankheiten.

Unter den städtischen Erwachsenen kann das vermehrte Auftreten von Herzkrankheiten mit dem veränderten Lebensstil der Filipinos erklärt werden. So bestand z.B. die traditionelle Kost aus Gemüse, Fisch und nur wenig Fleisch. Das hat sich gewandelt, hin zu einer Kost aus vorverarbeiteten Lebensmitteln, Junk Food und fetteren Speisen.

Mit dieser Situation geht einher, dass der Stress durch den ökonomischen Druck zunimmt und dass auf der Arbeit, in der Familie oder in der Gemeinschaft vermehrt Konflikte auftreten.

In jeder Stunde sterben vier Filipinos und Filipinas an Krebs. Eine nationale Krebserhebung zeigte 1998, dass jährlich 71.500 neue Krebsfälle auftreten, 20.000 davon sind Lungenkrebsfälle. Die Philippinen haben die höchste Brustkrebsrate in Asien.

Fakten zu Gesundheit

Quelle: www.doh.gov.ph und *Philippine Daily Inquirer* vom 15.5.2001

Dabei kommt ironischerweise der Großteil der Gesundheitsausgaben bereits von den Privathaushalten oder Familien. Zwischen 1991 bis 1997 machten die Barzahlungen von privater Seite für Medikamente, Krankenhaus- und Arztgebühren mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Der Regierungsanteil liegt mittlerweile bei einem Drittel; der Rest kommt aus den Sozialversicherungen.

Unsinnige Verwendung

Zum schlechten allgemeinen Gesundheitszustand als Konsequenz der Kürzungen (bei bereits niedrigem Niveau) trägt noch verschärfend die irrationale Verwendung der Mittel bei. Der Großteil der staatlichen Gesundheitsausgaben geht in Behandlung und Heilung, weniger in Aufklärung und Vorsorge — wenn sich auch das Verhältnis leicht verbessert.

Zwischen 1986 und 2000 wurden immer mindestens 20 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets für Krankenhäuser und regionale Behandlungskampagnen ausgegeben, dieser Anteil erreichte aber auch mal bis zu 73 Prozent. Demgegenüber erhielten flächendeckende einfache Gesundheitsdienste und Gesundheitsvorsorgeprogramme bloß zwischen 1,26 Prozent und aller-

höchstens 30 Prozent der gesamten staatlichen Gesundheitsausgaben.

Da die führenden Ursachen von Gebrechen und Sterblichkeit infektiöse, aber heilbare Krankheiten sind, sollte im Prinzip der Großteil der Mittel in vorsorgende und fördernde Maßnahmen (wie notwendige Impfprogramme und Vorsorgekampagnen zur Ernährung, Aufklärung, Hygiene, Tuberkulose usw.) gelenkt werden. Das wäre eine effektive und angemessene Art, mit den begrenzten Mitteln umzugehen.

Steigende Kosten

Die steigenden Kosten von Medikamenten, medizinischem Bedarf und Gesundheitsdienstleistungen sind ein weiterer Effekt, den die SAPs für das Gesundheitswesen mit sich gebracht haben. Am Anfang stehen die durch IWF und Weltbank auferlegten Bedingungen, durch die Deregulierung der Preise, die Pesobewertung (Inflation) und Privatisierungen ausgelöst wurden.

Die steigenden Kosten medizinischer Dienstleistungen und Medikamente sind ein Hauptgrund dafür, dass sich ein großer Prozentsatz der Bevölkerung aus einfachen Verhältnissen schlechte Verhaltensweisen in Sachen Gesundheit angewöhnt hat: von der schädlichen Eigenbehandlung bis zum verspär-

teten Nachfragen nach ärztlicher Hilfe.

Wie 2001 eine Studie über die Behandlungsgewohnheiten von tuberkulosegefährdeten Slumbewohner/innen in Metro Manila zeigte, führte die durch gestiegene Kosten für Arztbesuche und Medizin noch verschlimmerte Armut dazu, dass routinemäßige Besuche bei Gesundheitsarbeiter/innen, z.B. in den örtlichen Gesundheitszentren, vertagt wurden — nicht zuletzt, weil auch dort weitere Gebühren anfallen.

Obwohl sie bereits verschiedene TB-Symptome zeigten, wie anhaltenden Husten und/oder Rücken- und Brustschmerzen, vertraute die Mehrzahl der interviewten TB-Patient/innen zunächst auf Selbstbehandlungspraktiken.

Das reichte von selbst verordneter Bettruhe, zwischenzeitlicher Nikotin- oder Alkohol-Abstinenz über die Einnahme von Kräutermedizin oder rezeptfrei in *Sari-Sari-Stores* (philippinische Kioske — die Red.) erworbener Mittel wie Paracetamol, Hustensäften, Schmerzmitteln, ätherischen Massagecremes — bis hin zur Selbstmedikation mit Eis, verdünnten Gasen oder der Inhalation von salzhaltigem Wasserdampf. Professionelle Hilfe aufzusuchen, ob nun im öffentlichen Gesundheitszentrum oder in einer Privatklinik, blieb für gewöhnlich wegen der damit verbundenen Kosten das letzte Mittel. *[weiter auf S. 72]*



Krankenschwestern nach Übersee



Quelle: PDI

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO sind die Philippinen bereits der größte Exporteur von ausgebildeten Krankenschwestern. Philippinische Krankenschwestern sind im Ausland gefragt wegen ihrer Pflegekenntnisse und des ihnen geläufigen Englisch; derzeit arbeiten 300.000 von ihnen in aller Welt. Für 2001 wurden 13.536 auswandernde Krankenschwestern behördlich registriert, doppelt so viele wie im Vorjahr. Sie gingen in 131 verschiedene Länder.

Die USA und Kanada geben einen künftigen Bedarf von 10.000 Krankenschwestern im Jahr an, Großbritannien 15.000 und die Niederlande 44.000. Für Irland wird der jährliche Bedarf an medizinischem Personal (inkl. Krankenschwestern) mit 50.000 angegeben, für Norwegen mit 5.500 und Saudi-Arabien mit 15.000. Von Japan, Singapur, Taiwan und Südkorea wird die Öffnung für Krankenschwestern aus dem Ausland erwartet. Deshalb wird der Bedarf nach philippinischen Krankenschwestern in den nächsten 10 bis 15 Jahren noch steigen.

Die Abwanderung von Krankenschwestern in wohlhabendere Länder hat das landeseigene Gesundheitssystem geschwächt. Nach einer Stichprobe der *Alliance of Health Workers* (AHW) in 11 Krankenhäusern verließen 800, d.h. 17 Prozent, der dort tätigen Krankenschwestern in den letzten zwei Jahren das Land. Operationssäle mussten daher mit Berufsanfängerinnen besetzt werden, und erfahrene Krankenschwestern mussten öfters Doppelschichten leisten.

Es gäbe genug ...

In den Philippinen werden mehr Krankenschwestern denn je ausgebildet: Die philippinischen Krankenschwester-Schulen bilden mehr als 9.000 Anwärterinnen pro Jahr aus, von denen zwischen 5.000 und 7.000 später lizenzierte und registrierte Krankenschwestern werden. Das Land examiniert also pro Kopf mehr Krankenschwestern als jedes andere Land. Doch gerade erfahrenere Krankenschwestern oder solche mit Zusatzausbildungen verlassen das Land. »Die Tendenz ist, dass die Besten gehen, weil sie den harten Anforderungen am ehesten gerecht werden können«, sagt Dr. Michael Tan, der Direktor des *Health Action Information Network* (HAIN).

Ärztinnen, die daran denken, ins Ausland zu gehen, kümmern sich um eine Zusatzausbildung als Krankenschwester. In Bacolod City waren 100 der Teilnehmerinnen eines einjährigen College-Aufbaukurses für den Krankenschwester-Abschluss Ärztinnen.

Die mickrigen Löhne im Land sind der Hauptgrund, der Krankenschwestern an Auswanderung denken lässt. Patricia Sto. Thomas aus dem Arbeitsministerium sagt: »Man muss nicht meinen, dass wir die Krankenschwestern daran hindern könnten, das Land zu verlassen. Und es ist auch nicht so, dass wir ihre Gehälter auf das Niveau anheben könnten, das ihnen im Ausland geboten wird.«

Derzeit verdienen Krankenschwestern mit zwei oder drei Jahren Berufserfahrung nur zwischen 6.000 und 10.000 Peso im Monat. Gegenüber diesen Monatslöhnen von umgerechnet 120 US-Dollar bzw. 198 US-Dollar lassen sich in den USA

von **Jocelyn Santos**

aber bereits zwischen 18 US-Dollar und 45 US-Dollar pro Stunde verdienen, oder zwischen 140 US-Dollar und 360 US-Dollar täglich. Es gibt keine Anstrengungen seitens der philippinischen Regierung, das Geld für eine fällige Gehaltsanpassung bereitzustellen. Trotz der ökonomischen Verbesserungen, die in der *Magna Carta for Public Health Workers* in Aussicht gestellt wurden, haben sich die Budgets nicht verändert.

Lehrplan des Weltmarktes

Die Antwort des Gesundheitsministeriums auf das Problem scheint allein zu sein, die Produktion kompetenter Krankenschwestern für den weltweiten Bedarf abzusichern. In diesem Zusammenhang passen die Krankenschwesterschulen ihre Lehrpläne immer mehr dem westlichen Gesundheitssystem an, um die Absolventinnen schon auf Jobs im Ausland vorzubereiten. Krankenhauserfahrung wird dabei immer wichtiger, auf Kosten der Einführung in die Arbeit von Gemeindeschwestern in den Gesundheitsstationen vor Ort; für die weitere Laufbahn der Anwärterinnen werden so bereits die Weichen gestellt.

Kein Wunder also, dass Krankenschwestern, wie auch andere Angestellte im Gesundheitswesen, in den städtischen Einrichtungen verbleiben, anstatt auch in die ländlichen Gemeinden zu gehen, wo die Mehrzahl der Filipinos lebt. Arbeitsministerin Sto. Tomas stört an diesen Entwicklungen allerdings einzig die Tatsache, dass »das Land nur noch ein Ausbildungszentrum für Krankenschwestern wird.«

Quelle: *Bulatlat.com*, 7. Oktober 2002

Eine durchschnittliche Krankenhausrechnung beträgt das Dreifache eines durchschnittlichen Monatsinkommens. So kostet eine normale, privat zu begleichende Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern mindestens 10.000 Peso, während in Privatkliniken bereits zwischen 20.000 und 25.000 Peso fällig werden.

Neben den Krankenhauskosten verschlimmern die exorbitant gestiegenen Preise für Arzneien und Medizin die wachsende Unfähigkeit der Bevölkerung, ihren Gesundheitsbedürfnissen angemessen nachzukommen. Trotz der entsprechenden Passage im *Generics Act* von 1998, in der sichere und effektive, dabei aber erschwingliche Medikamente — besonders für Haushalte mit niedrigem Einkommen — eingefordert wurden, blieben die Preise für Arzneimittel und pharmazeutische Produkte hoch. (Siehe auch: Behandlung hat seinen Preis, S.73). Sie gehören sogar zu den höchsten in Asien.

Dem früheren Gesundheitsminister Alberto Romualdez zufolge liegen die Arzneimittelpreise in den Philippinen zwischen 250 und 1.600 Prozent höher als in benachbarten asiatischen Ländern wie Indonesien, Malaysia, Indien, Bangladesch und Sri Lanka.

Nach Angaben der Apothekervereinigung der Philippinen führte die Abwertung des Peso seit Beginn der Asienkrise 1997 zu folgenden Erscheinungen:

- Medikamente sind um 25 Prozent bis 30 Prozent teurer geworden.
- einfaches medizinisches Gerät ist um 40 Prozent bis 60 Prozent teurer geworden.
- Umsatzrückgang der Apotheken um 5 Prozent bis 6 Prozent
- Kunden aus der Mittelklasse steigen vermehrt von Markenprodukten auf generische Medikamente um, arme Kunden von generischen Medikamenten auf Kräuter und alternative Medizin.

Krankenhäuser unter Rentabilitätsdruck

Die Politik, staatlichen Krankenhäusern finanzielle Autonomie zu geben und ihnen so zu ermöglichen, durch die Erhebung von Nutzergebühren ihre Abhängigkeit von öffentli-

chen Zuschüssen zu reduzieren, ist ein weiterer Faktor, der zu den Schwierigkeiten der Bevölkerung beiträgt, in den Genuss qualitativ hochwertiger, aber erschwinglicher Krankenhausleistungen zu kommen. Das gilt auch für die Bestrebungen, regionale und nachgeordnete Krankenhäuser in Staatsunternehmen umzuwandeln.

So haben bereits einige Krankenhäuser Maßnahmen eingeführt, ihre Einnahmen zu erhöhen: Durch striktere Vorauswahl wird die Anzahl von wohlfahrtsabhängigen Patient/innen begrenzt, für die Eigenbeteiligung der schließlich aufgenommenen Armen werden Sockelbeträge eingeführt; von Patient/innen wird verlangt, das meiste, wenn nicht alles des für die Behandlung notwendigen medizinischen Bedarfs selber zu kaufen — wie Zellstoff, Verbände, Wundklammern, Pflaster, Infusionen, Spritzen, Nadeln, usw.



Quelle: www.doh.gov.ph

Mehr und mehr staatliche Hospitäler werden modernisiert und besser ausgerüstet, bieten aber immer weniger Betten für die zahlungschwache Allgemeinheit. Jetzt bleiben viele Betten leer, weil es sich viele Patient/innen nicht leisten kön-

nen, sowohl die Medizin und den Behandlungsbedarf wie auch die erforderlichen Gebühren aufzubringen.

Zu den Schwierigkeiten flächendeckender Gesundheitsversorgung tragen auch die verheerenden Zustände der chronisch klammen Gesundheitsstationen vor Ort bei, z.B. der *rural health units* auf dem Lande oder der *barangay health stations* auf der Dorf- und Stadtteilebene. Diese Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge mussten immer wieder Kürzungen bei medizinischer Ausrüstung und beim Medikamentenbudget hinnehmen. Es fehlt selbst am grundlegenden medizinischen Instrumentarium, an Stethoskopen, Waagen und Mikroskopen. Die Unterbringung in diesen Einrichtungen ist gammelig und unzureichend.

Zudem haben viele dieser öffentlichen Gesundheitsstationen besonders im ländlichen Raum kein kompetentes medizinisches Personal, denn Krankenschwestern und Ärzt/innen sind im Land ungleich verteilt. Die meisten konzentrieren sich in den Städten und Ballungsräumen wie Metro Manila, Süd-Tagalog und Zentraluzon, von den Allgemeinärzten praktizieren dort allein zwei Drittel. Die Ungleichverteilung von Gesundheitsspezialisten entstand durch höhere Einkommen und bessere Zukunftsaussichten in den mehr entwickelten Landesteilen. Als Konsequenz bleiben viele ländliche Gesundheitsstationen und -einrichtungen »doktorlos«.

Deshalb verwundert es nicht, dass der Anteil medizinisch begleiteter Sterbefälle nur bei 40 Prozent liegt. Es liegt also nahe, dass ca. 60 Prozent der Bevölkerung keinen verlässlichen Zugang zu medizinischer Versorgung haben, selbst wenn es um lebensbedrohliche Umstände geht. In ländlichen Gebieten sterben viele Frauen und Kinder, ohne von einem Doktor untersucht worden zu sein — und das ironischerweise in einem Land, dass jährlich so viele Ärzte, Krankenschwestern und andere Gesundheitsspezialisten hervorbringt.

Übersetzung: Reinhold Schlimm