

FOCUS ASIEN

Schriftenreihe des Asienhauses

„Gesundheit für alle?“

Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck

Susanne Dörflinger und Rolf Jordan (Herausgeber)

Die Meinungen, die in den vom Asienhaus herausgegebenen Veröffentlichungen geäußert werden, geben ausschließlich die Auffassung der Autoren wieder.

Erstellung und Druck dieser Publikation wurde gefördert von der InWEnt gGmbH, aus den Mitteln des BMZ und der NRW-Stiftung Umwelt und Entwicklung.

© Dezember 2004, Asienstiftung, Essen

Abdruck und sonstige publizistische Nutzung sind erwünscht. Sie sind jedoch nur unter Angabe des Verfassers und der Quelle gestattet.

Asienstiftung für das Asienhaus Essen, Bullmannau 11, 45327 Essen

Telefon: +49 . 201 . 830 38-38; Fax: +49 . 201 . 830 38-30;

asienstiftung@asienhaus.de

<http://www.asienhaus.de>

ISSN 1435-0459

ISBN 3-933341-26-4

„Gesundheit für alle?“

Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck

Susanne Dörflinger und Rolf Jordan (Herausgeber)

Inhalt

- I. Vorwort 1
Klaus Fritsche

Grenzen und Möglichkeiten staatlicher Gesundheitsversorgung

- II. Asiens Gesundheitssysteme unter Anpassungsdruck. Schwierige Wege zu einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle..... 3
Rolf Jordan
- III. Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Gesundheitsfürsorge in Malaysia 11
Chee Heng Leng

Auswirkungen von Reformen auf die Situation im ländlichen Raum - Drei Fallstudien

- IV. Von Thailands Gesundheitsreform lernen 21
Adrian Towse, Anne Mills, Viroj Tangcharoensathien
- V. Medizinische Versorgung im ländlichen China..... 27
Wei Zhang
- VI. Zugang zu medizinischer Versorgung für alle? Über Nutzungsgebühren und einen "Gesundheitsfürsorgefonds" (Health Equity Fund) in Sotnikum, Kambodscha 35
Wim Hardeman, Wim Van Damme, Maurits Van Pelt, IR POR, Heng Kim Van und Bruno Meessen

Die Folgen von Dezentralisierung und regionaler Autonomie

- VII. Integrierte Strategien, die ungleiche Verteilung von Ärzten in Thailand anzugehen: Erfahrungen aus vier Jahrzehnten..... 53
Suwit Wibulpolprasert und Paichit Pengpaibon
- VIII. Dezentralisierung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für Frauen: Die Erfahrung der Philippinen..... 75
Rama Lakshminarayanan
- IX. Grundlegende Gesundheitsdienste im Zeitalter regionaler Autonomie in Indonesien..... 89
SMERU Research Institute
- Die Autoren und Herausgeber 101
- Drucknachweise 102

I. Vorwort

Klaus Fritsche

Armut, soziale Unsicherheit, die Stärkung sozialer Sicherheit und Globalisierung sind Schlüsselthemen der Arbeit des Asienhauses. In der kommenden Zeit werden wir diese Arbeit verstärken. Dies wurde möglich durch die Unterstützung der NRW-Stiftung Umwelt und Entwicklung (nähere Einzelheiten finden Sie auf der nächsten Seite).

Nachdem sich die Ausgabe 17 von Focus Asien mit den Dimensionen sozialer Probleme in der Volksrepublik China befaßt hat (Sozialer Sprengstoff in China?, Herausgegeben von Kristin Kupfer), liegt nun eine weitere Ausgabe vor Ihnen, die sich mit Fragen der Gesundheitsversorgung in asiatischen Ländern befaßt. In ihr werden an Hand verschiedener Länder unterschiedliche Aspekte der Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

In der nächsten Zeit werden weitere Ausgaben von „Focus Asien“ erscheinen, die

sich mit Schwerpunkt Südostasien mit folgenden Themen befassen werden:

- Sozialer Staat? – Eine kritische Analyse staatlicher Sozialpolitik in Asien.
- Soziale Sicherheit in der Agenda internationaler Entwicklungspolitik
- Soziale Sicherheit für alle? – Gesundheits- und Bildungssysteme in Asien

Darüber hinaus bieten wir auf unserer Webseite weiterführende Informationen an, werden einen Referentenpool zu diesen Fragen aufbauen und verschiedene Tagesseminare anbieten. Regelmäßig informieren wir über den Fortgang des Projektes über unsere elektronischen „Sozialprojekt-Informationen“, die Sie über unsere Webseite abonnieren können:

www.asienhaus.de.

Klaus Fritsche

Dezember 2004

Armut, soziale Unsicherheit und Globalisierung – Für die Stärkung sozialer Sicherheit

Armut und soziale Unsicherheit sind globale Probleme, die auch in vielen asiatischen Ländern eine starke Ausprägung haben. Globalisierung, eine weltmarktorientierte Liberalisierung und die zunehmende Privatisierung bisher staatlicher Dienstleistungen markieren wichtige Rahmenbedingungen, die zu einer Verschärfung dieser Problematik beigetragen haben. Vor allem in der Folge der Asienkrise ist es bei vielen nationalen Regierungen und internationalen Institutionen zu einem Umdenken in Bezug auf die Notwendigkeit sozialer Sicherungssysteme gekommen. Längst hat sich auch hier die Einsicht durchgesetzt, dass soziale Probleme nicht durch das Wirken von Marktkräften allein gelöst werden können und staatliche Interventionen unverzichtbar sind. Zugleich haben aber in den letzten Jahren vielfältige zivilgesellschaftliche Aktivitäten bei der Schaffung sozialer Sicherheit an Bedeutung gewonnen. Ihre Beteiligung an wichtigen Entscheidungsprozessen gilt heute als unabdingbar. Ihre Initiativen zum Aufbau sozialpolitischer Strukturen tragen nicht selten entscheidend dazu bei, fehlende staatliche Angebote zu ergänzen und negativen Auswirkungen staatlicher Sozialpolitik entgegen zu wirken.

Mit dem Projekt „Armut, soziale Unsicherheit und Globalisierung – Für die Stärkung sozialer Sicherheit“ greift das Asienhaus Fragen der Überwindung von Armut und sozialer Unsicherheit und der Schaffung sozialer Sicherheit in Asien auf. Ziel ist es, Informationen über Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Akteure und sozialer Bewegungen in asiatischen Ländern bereitzustellen. Dabei sollen Verbindungen zwischen diesen Akteuren und Initiativen in Nordrhein-Westfalen hergestellt werden.

Damit tragen wir dazu bei, die Forderungen nach einer pro-aktiven deutschen und europäischen Politik in diesem Bereich zu stärken und Initiativen und Positionen aus der asiatischen Zivilgesellschaft mit jenen in Deutschland in Kontakt zu bringen. So wird ein Beitrag zur Auslotung gemeinsamer Positionen und Aktivitäten geleistet. Mit dem Projekt wollen wir zudem dazu beitragen, die Bedeutung der asiatischen Region für die Diskussion globaler Fragen zu verdeutlichen.

Mit diesem Projekt soll der Dialog zwischen den sozialen Bewegungen in Asien und Deutschland über die Möglichkeiten und die Notwendigkeit der politischen Gestaltung gefördert und zugleich ein stärkerer Transfer in entsprechende Diskurse bei uns geleistet werden. Das Projekt richtet sich dabei an:

- Verantwortliche in Politik und in Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit
- Multiplikatoren in Organisationen der politischen und gewerkschaftlichen Bildungsarbeit
- Netzwerke und soziale Bewegungen, die sich mit Fragen der sozialen Sicherheit befassen.

Projektzeitraum: 1.11.2004 - 31.10.2006



Die Realisierung dieses Projektes wurde möglich gemacht durch die Nordrhein-Westfälische Stiftung für Umwelt und Entwicklung in Bonn.

II. Asiens Gesundheitssysteme unter Anpassungsdruck. Schwierige Wege zu einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle.

Rolf Jordan

Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsschichten eines Landes ist ein Ziel nahezu jeder staatlichen Gesundheitspolitik – in den entwickelten Industrienationen des Nordens ebenso, wie in den Ländern des Südens. Grundlegende Gesundheitsversorgung und gleiche Zugangsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen sind auch in Ost- und Südostasien zentrale Bestandteile staatlicher Sozialpolitik. In der Realität zeigen sich jedoch nicht selten deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Reichweite staatlicher Gesundheitsversorgung, als auch in bezug auf die Möglichkeit vor allem ärmerer Bevölkerungsschichten, die bestehenden Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Gerade in Ländern wie Indonesien und Kambodscha, aber auch in Thailand, zeigen sich darüber hinaus signifikante regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung – besonders deutlich sichtbar im Versorgungsgefälle zwischen Stadt und Land. Gleichzeitig hat die seit den 1990er Jahren in vielen Ländern Ost- und Südostasiens zu beobachtende Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen gerade im Gesundheitssektor die sozialen Unterschiede weiter verschärft: Gebühren für Medikament und Zuzahlungen für Behandlungen treffen in besonderem Maße Familien mit unzureichenden oder fehlenden Einkommensmöglichkeiten, während Gesundheitsdienstleistungen privater Anbieter vor allem auf die Bedürfnisse zahlungskräftiger Mittel- und Oberschichten ausgerichtet sind.

Globalisierung, Liberalisierung und der Rückzug des Staates

Trotz rapider ökonomischer Entwicklung in Ost- und Südostasien ist es in einigen Staaten der Region nur zu einem langsamen Ausbau staatlicher Gesundheitsversorgung gekommen. Die allgemeine Verbesserung

der gesundheitlichen Sicherheit in vielen der Länder ist in erster Linie auf das generell gestiegene Entwicklungsniveau der Region zurückzuführen. Trotzdem ist es in den meisten Ländern Südostasiens gelungen, bei wichtigen Indikatoren wie etwa der Säuglings- und Kindersterblichkeit kontinuierliche Fortschritte zu verzeichnen. Mit Ausnahme von Kambodscha weisen alle Länder der Region sinkende Raten bei der Säuglings- und Kindersterblichkeit auf (Tabelle 1). Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen den Ländern auch in Hinsicht auf die Gesundheitsversorgung von Frauen (Tabelle 2). Vor allem die Zahlen für die Länder Laos und Kambodscha verweisen auf ein sehr hohes Risiko von Frauen, bei der Geburt eines Kindes zu sterben, und auch die medizinische Betreuung während der Schwangerschaft und bei der Geburt ist hier im Vergleich zu anderen Ländern kaum gewährleistet. Aber auch in Ländern wie Indonesien und den Philippinen bleibt Müttersterblichkeit ein drängendes Problem unzureichender Gesundheitsversorgung.

Wo staatliche Gesundheitsleistungen nicht oder nur unzureichend zur Verfügung stehen, sind die Menschen auf private Initiativen der Gesundheitsversorgung angewiesen. Das umfasst privatwirtschaftliche Angebote ebenso, wie kooperative Initiativen auf lokaler Ebene und die noch immer wichtige Versorgung in und durch Familien. Gerade letzteres setzt aber intakte soziale Strukturen und ein Mindestmaß an sozioökonomischer Sicherheit voraus, die infolge zunehmender Modernisierung der Gesellschaften immer weniger gegeben sind. Industrialisierung und Urbanisierung haben zu drastischen Veränderungen der Familienstrukturen geführt und lokale Sozialstrukturen in weiten Teilen der Region weitgehend aufgelöst.

Tab. 1: Säuglings- und Kindersterblichkeit in ausgewählten Ländern Ost- und Südostasiens

| | Säuglingssterblichkeit | | Kindersterblichkeit | |
|-------------|------------------------|------|---------------------|------|
| | 1990 | 2000 | 1990 | 2000 |
| Indonesien | 60 | 33 | 91 | 45 |
| China | 38 | 31 | 49 | 39 |
| Kambodscha | 80 | 97 | 115 | 138 |
| Laos | 129 | 87 | 163 | 100 |
| Malaysia | 16 | 8 | 21 | 8 |
| Philippinen | 45 | 29 | 66 | 38 |
| Thailand | 34 | 24 | 40 | 28 |

Quelle: Alle Angaben nach: *In Angst und Not. Bedrohung menschlicher Sicherheit*. Social Watch Deutschland, Report 2004, S.80f. Alle Daten für das Jahr 2002; Säuglings- und Kindersterblichkeit jeweils pro 1000 Lebendgeburten.

Tab. 2: Gesundheitsversorgung für Frauen in ausgewählten Ländern Ost- und Südostasiens

| | Müttersterblichkeit | Schwangerschaftsbetreuung | Betreuung bei Geburt |
|-------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| | (2000) | ng | |
| Indonesien | 230 | 89 (1999) | 56 (1999) |
| China | 56 | - | 70 (1999) |
| Kambodscha | 450 | 38 (2000) | 34 (2000) |
| Laos | 650 | 29 (2000) | 21 (2000) |
| Malaysia | 41 | - | 97 (1998) |
| Philippinen | 200 | 86 (1998) | 56 (1998) |
| Thailand | 44 | 86 (1996) | 99 (1998) |

Quelle: Alle Angaben nach: *In Angst und Not. Bedrohung menschlicher Sicherheit*. Social Watch Deutschland, Report 2004; S.90f. Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten, Erhebungsjahr: 2000.

Globalisierung und Liberalisierung des Welthandels ebenso wie die Strukturvorgaben internationaler Handelsabkommen (WTO, GATS) haben auch in Ost- und Südostasien zu einem Rückzug des Staates

aus Bereichen der sozialen Sicherung und damit aus Teilen der Gesundheitsversorgung geführt. Die neu entstehenden privatwirtschaftlichen Angebote richten sich vor allem an städtische Mittelschichten

und erschweren durch ihre zumeist gebührenfinanzierten Strukturen den Zugang zu Gesundheitsversorgung für ärmere Bevölkerungsschichten. Verschärft wurde diese Situation zudem durch die Folgen der asiatischen Finanzkrise Ende der 1990er Jahre, die schätzungsweise 40 Millionen Menschen arbeitslos machte und viele Menschen in Armut stürzte.

In der Folge ist nicht nur eine lebhafte Debatte über die Rolle staatlicher Sicherungssysteme bei der Bewältigung der unmittelbaren Auswirkungen der Krise in der Region und darüber hinaus gekommen, die Krise hat auch die Frage nach den Grenzen der bisherigen Reformpolitik wieder in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Wenn die vorliegende Broschüre daher ihr Augenmerk auf 'Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck' richtet, dann stehen besonders zwei Fragestellungen im Vordergrund des Interesses: Zum einen stellt sich die Frage, wie die Regierungen der asiatischen Länder auf die sich wandelnden Anforderungen an ihre Sicherungssysteme bisher reagiert haben und welche Folgen diese Reformen vor allem für die Gesundheitsversorgung ärmerer Bevölkerungsschichten oder einzelner Bevölkerungsgruppen haben. Und da ist zum anderen die Frage, ob und in welchem Maß der Abbau bestehender regionaler oder sozioökonomischer Disparitäten in den Reformen aufgegriffen wird, oder ob es nicht vielmehr gerade durch einzelne Reformmaßnahmen zu einer weiteren Verschärfung bestehender Ungleichheiten gekommen ist: Gesundheit für alle – oder nur für einen privilegierten Teil der Bevölkerung?

Mehr Gerechtigkeit durch Reformen?

Die hier zusammengestellten Beiträge decken eine große Bandbreite an unterschiedlichen Ländern Südostasiens und damit an Problemstellungen und Lösungsansätzen ab. Malaysia als ein Land, das als 'Tigerstaat' der dritten Generation längst über ein relativ hohes Entwicklungsniveau und ein gut ausgebautes Gesundheitssystem verfügt, ist hier ebenso vertreten, wie Kambodscha, das nach Jahrzehnten des

Bürgerkrieges noch immer zu den ärmsten Ländern der Region zu zählen ist und in dem die Entwicklung einer für weite Teile der Bevölkerung zugänglichen Gesundheitsversorgung bisher noch am Anfang steht.

Wie ein roter Faden zieht sich durch nahezu alle der hier versammelten Beiträge die Frage von Gerechtigkeit und Gleichheit (*Equity*) beim Zugang zu staatlichen Gesundheitssystemen und der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist dabei auch hier der Befund, dass sich der Staat weiten Bereichen der Gesundheitsversorgung zurückzieht. In dem Maße, in dem Gesundheitsversorgung jedoch auch weiterhin als Teil staatlicher Sozialpolitik verstanden wird, gewinnt auch die Frage der Reichweite sozialer Sicherungssysteme wie dem Gesundheitssystem an Bedeutung: sind grundlegende Gesundheitsdienste in allen Teilen der Länder verfügbar und sind sie für alle Menschen in gleichem Maße zugänglich? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um auf bestehende Disparitäten zu antworten? Und schließlich: ist das Gesundheitssystem auf die verschiedenen Bedürfnisse der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ausgerichtet?

Eng mit diesen Problemen zusammenhängend ist auch die Frage nach den Partizipationsmöglichkeiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bei der Umsetzung sozialpolitischer Reformen im Gesundheitssektor. Auch hier finden sich in den ausgewählten Beiträgen eine Reihe von Hinweisen, die darauf deuten, dass gerade im Zusammenhang mit einer zunehmend dezentralen Organisation der Gesundheitsversorgung Fragen der Einbindung lokaler Akteure an Bedeutung gewinnen. Dies betrifft einmal die Ebene kommunaler Verwaltungen und deren technisch-administrativen und finanziellen Möglichkeiten bei der Umsetzung entsprechender Struktur reformen. Dies betrifft aber auch – und aus Sicht der Arbeit des Asienhauses im besonderen Maße – die Frage, welche Rolle nicht-staatliche Akteure und Organisationen in diesem Politikfeld spielen (können). Reduziert sich staatliche Reformpolitik

einzig und allein auf die Liberalisierung und Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung, so dass weite Teile des Gesundheitssystems einer marktorientierten Privatisierung von Gesundheitsleistungen unterzogen werden, was vor allem für ärmere Bevölkerungsgruppen und ländliche Regionen mit einer Verschlechterung der Versorgung einhergehen wird? Oder stärkt eine solche Politik gerade die Rolle nicht-staatlicher Organisationen und die Herausbildung partizipativer Strukturen im Gesundheitswesen, um grundlegende Gesundheitsdienste vor allem für ärmere Bevölkerungsgruppen sicherzustellen?

Die Reformen und ihre Folgen

Ausdruck des erreichten Entwicklungsnieveaus in einem Land wie Malaysia ist unter anderem die Formulierung neuer Anforderungen an das Gesundheitssystem – wobei nicht mehr ausschließlich grundlegende Versorgungsfragen im Zentrum der Debatte stehen, sondern zugleich auch neue Bedürfnisse und Ansprüche an die ärztliche Versorgung an Bedeutung gewinnen. In Malaysia hat dies unter anderem zum Wachstum eines privaten Gesundheitssektors beigetragen. Vor allem das Wachstum städtischer Mittelschichten hat zu einem erhöhten Bedarf an privaten Gesundheitsdienstleistungen geführt. Neben der Verbesserung der medizinischen Versorgung gehörte in den letzten Jahren die Privatisierung auch in diesem Bereich zu einem erklärten Ziel der politisch Verantwortlichen im Land, wie der Beitrag von Chee Heng Leng zu aktuellen Regelungen der Finanzierung im Gesundheitssektor Malaysias zeigt.

Zwar ist der öffentliche Gesundheitssektor in Malaysia auch weiterhin von zentraler Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerungsmehrheit, doch hat die Privatisierungspolitik – sei es nun in Form der Umwandlung öffentlicher in private Dienstleistungen, oder die Zunahme so genannter Public-Private-Partnerships (PPP) – gerade für Haushalte mit niedrigem Einkommen negative Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem. Zwar wird auch

in Malaysia Gesundheitsversorgung als zentrale staatliche Entwicklungsaufgabe gesehen, der seit Beginn der Privatisierungen zu beobachtende Anstieg der Kosten für Medikamente und Behandlungen wirkt aber gleichzeitig die Frage auf, in welchem Maße in einem solchem System der Grundsatz der 'Gleichheit' bzw. des gleichmäßigen Zugangs zum Gesundheitssystems gewährleistet wird und weiterhin gewährleistet werden kann.

Auf der Allokationsebene ist die Privatisierungspolitik der Regierung Malaysias unter anderem eine Folge anhaltender Kritik am staatlichen Gesundheitssektor mit seinen hohen Verwaltungskosten und den bestehenden Problemen der Kostendeckung in Teilen des Gesundheitssektors. Gleichzeitig ist die Regierung bemüht, dieser Kritik durch eine Reform der Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung zu begegnen. Als Grundproblem erscheint hier jedoch besonders die mangelnde Transparenz der staatlichen Reformpolitik, die kaum Partizipationschancen für zivilgesellschaftliche Akteure eröffnet und stattdessen auf die Dichotomie von staatlichem und privatisiertem Gesundheitssektor setzt.

Auch Thailands Gesundheitssystem hat in den letzten Jahren eine Reihe von Reformen erfahren (Adrian Towse, Anne Mills, Viroj Tangcharoensathien). Neben der Reform der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, die mit Einführung des so genannten 30-Baht-Programms einen verbesserten Zugang für eine größere Zahl von Menschen zu Gesundheitsdienstleistungen anstrebt, sind auch Veränderungen in der Struktur des Gesundheitssystems zu beobachten, besonders deutlich in der Abkehr von den bisher dominierenden Krankenhäusern und der Förderung so genannter primärer Gesundheitsstationen im ländlichen Raum (Towse, Mills und Tangcharoensathien).

Erklärtes Ziel des *National Health Security Act* Thailands ist auch hier eine größere 'Gleichheit' beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die tiefgreifenden Reformbemühungen der Regierung sind jedoch nicht ohne Kritik geblieben, die vor allem aus

dem Gesundheitssystem heraus formuliert wurde. Widerstand gegen die Reform wurde unter anderem aus den Gewerkschaften und von Seiten der Gesundheitsbehörden organisiert. Während erstere vor allem die Interessen der von den Struktur-reformen betroffenen Mitarbeiter in den Krankenhäusern vertreten, befürchten letztere in Reformbemühungen wie dem 30-Baht-Programm der Regierung nicht zuletzt auch einen Verlust der (Finanz-) Kontrolle ihrer Behörden. Kritisiert wird darüber hinaus, dass die stärkere Konzentration auf *'primary care'* bisher noch kaum zur Einbindung lokaler Interessen bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen beigetragen hat.

Auswirkungen von Reformen im ländlichen Raum

Um alternative Formen der Finanzierung von Gesundheitsversorgung geht es auch in dem Beitrag zu Kambodscha, in dem die Autoren am Beispiel eines Projektes in der Provinz Sotnikum der Frage nachgehen, wie mit Hilfe alternativer Finanzierungsmodelle auch im ländlichen Raum der Zugang zum Gesundheitssystem für alle Bevölkerungsschichten sicher gestellt werden kann. Anhand von Daten aus Krankenhäusern in der Provinz und intensiven Gesprächen mit der Bevölkerung untersuchen die Autoren die Auswirkungen eines neuen Fürsorgefonds auf die Gesundheitsversorgung vor allem der ärmeren Bevölkerung in dieser durch Landwirtschaft geprägten Region Kambodschas. Einen zentralen Aspekt dieses alternativen Finanzierungsmodells stellt dabei die enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen Personal und Mitarbeitern einer lokalen NGO dar. Während erstere für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zuständig sind, ermöglicht die Einbeziehung lokaler NGO eine individuelle Anpassung der Unterstützungsleistungen des Fonds an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen vor Ort.

Fragen lokaler Partizipation spielen auch in den meisten anderen der hier zusammen getragenen Beiträge insofern eine wichtige

Rolle, als nahezu alle Länder Südostasiens deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung aufweisen. Moderne Gesundheitsdienstleistungen befinden sich in erster Linie in Städten, und hier besonders in den Verwaltungszentren, während ländliche Regionen oftmals nur über wenige Einrichtungen dieser Art verfügen. Diese regionale Ungleichverteilung ist nicht selten direkte Folge eines zentralstaatlich ausgerichteten Gesundheitssystems, das zugleich bestehende sozioökonomische Ungleichheitsstrukturen in den jeweiligen Ländern widerspiegelt.

Deutlich werden solche Ungleichheitsstrukturen unter anderem an der regional ungleichen Verteilung von Ärzten insgesamt, wie sie der Beitrag von Suwit Wibulpolprasert und Paichit Pengpaibon aus Thailand diskutiert. Neben solchen ungleichen Verteilungsmustern, etwa hinsichtlich der Qualifikation von Ärzten, weist das Gesundheitssystem Thailands auch deutliche institutionelle Verteilungsmängel auf, die zugleich Ausdruck genereller Ungleichheitsstrukturen im Land sind. Vor allem ländliche Regionen leiden unter der anhaltenden Abwanderung von Ärzten und medizinischen Personal. Auch hier zeigt sich mit fortschreitender Privatisierung im Gesundheitssektor eine neue Qualität: mit dem Wachstum des privaten Sektors einher geht eine deutliche Verschiebung bei der Beschäftigung von Ärzten hin zu privaten Kliniken und Gesundheitsdienstleistern, die sich zudem noch verstärkt in Städten konzentrieren. Die Asienkrise Ende der 1990er Jahre hat diesen Trend zwar kurzfristig umgekehrt, doch seit die Wirtschaft des Landes wieder wächst, hat auch die räumliche Konzentration des medizinischen Personals, und hier vor allem der Ärzte, wieder zugenommen.

Auch in Thailand wird Gesundheitsversorgung als eine zentrale Aufgabe staatlicher Entwicklungspolitik begriffen, einer Politik also, die Gesundheitsversorgung auch als Element und Mittel der ‚Entwicklung‘ von als ‚unterentwickelt‘ geltenden Regionen des Landes verstanden hat und versteht.. Die Regierung hat daher seit Mitte der

1960er Jahre immer wieder unterschiedliche Strategien verfolgt, um der ungleichen Verteilung etwa von Ärzten zu begegnen. Die ergriffenen Maßnahmen reichten und reichen dabei von finanziellen und fiskalischen Anreizen bis zu vertraglichen Bindung der ausgebildeten Mediziner für einen gezielten Einsatz vor allem in ländlichen Regionen. Dass die Strategien in ihrer Wirkung zumeist nur bedingt erfolgreich waren, liegt unter anderem auch in den strukturellen Veränderungen begründet, denen das Gesundheitssystem Thailands insgesamt unterliegt.

Probleme im ländlichen Raum werden besonders dort sichtbar, wo bisher bestehende soziale Sicherungssysteme im Rahmen der Reformen abgebaut oder in ihrer Reichweite beschnitten werden und neue Strukturen (noch) nicht oder (bisher) nur in rudimentärer Weise entstehen. Wei Zhang thematisiert in ihrem Beitrag die sich rapide verändernden Bedingungen im Bereich der medizinischen Versorgung in China und macht deutlich, dass der Rückgang der finanziellen und organisatorischen Ressourcen der bisher kollektiv ausgerichteten sozialen Dienstleistungen gerade auch in der Gesundheitsversorgung das Problem der ‚ländlichen Armut‘ in China weiter verschärft hat. Gleichzeitig schwinden aufgrund des demographischen und sozialen Wandels gerade im ländlichen Raum die Möglichkeiten vieler Familien, den neuen sozialen Herausforderungen zu begegnen.

Die Dekollektivierung hat, so die Autorin, zu einer Schwächung des Versorgungsnetzes und einer Verschlechterung der Versorgung besonders auf Dorfebene geführt. Die zunehmende Privatisierung der Gesundheitsversorgung resultierte unter anderem in einem Anstieg der Kosten, etwa für Medikamente. Die Verschlechterung der Versorgungssituation wird unter anderem deutlich an einem erneuten Anstieg der Sterblichkeit bei Kindern und Müttern, an einer Zunahme der Fälle von chronischen und Infektionskrankheiten und einem Anstieg bei HIV/Aids-Fällen.

Auch die neuen, seit Mitte der 1980er Jahre entwickelten Formen sozialer Sicherung haben in den ländlichen Regionen die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Dies gilt für die Einführung einer auf ländliche Regionen ausgerichteten Rentenversicherung ebenso wie für die Wiederbelebung kooperativer medizinischer Versorgungssysteme oder die Gründung lokaler Sparvereine für die gegenseitige Hilfe. Eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung sieht die Autorin unter anderem in der fehlenden finanziellen Unterstützung der lokalen Behörden und Institutionen durch den Zentralstaat und der zumeist geringen Tragfähigkeit der Versicherungsfonds, die selber Folge einer oftmals nur unzureichenden Kooperation und Abstimmung zwischen Zentralregierung und lokalen Behörden ist. In der Folge haben sich in China nicht nur die sozialen Unterschiede zwischen Stadt und Land weiter vergrößert, sondern auch jene zwischen wohlhabenden und ärmeren Regionen und Kreisen.

Dezentralisierung und regionale Autonomie

Die Folgen einer zunehmend dezentralen Organisation der Gesundheitsversorgung stehen auch im Mittelpunkt des Beitrags von Rama Lakshminarayanan. Am Beispiel der Dezentralisierungspolitik der philippinischen Regierung geht die Autorin der Frage nach, welche Auswirkungen eine solche Politik für die Gesundheitsversorgung gerade von Frauen hat. Seit 1991 ist es in den Philippinen zu einer Verlagerung von Zuständigkeiten von der Zentralregierung auf die Ebene der Provinzen und Kommunen gekommen, die signifikante Auswirkungen auch im Gesundheitssektor zeichnet. Im Zentrum der Entwicklung steht dabei die Übertragung von Zuständigkeiten, die bisher in der Verantwortung staatlicher Verwaltungsangestellter lag, in die Hände gewählter Vertreter auf Ebene der Provinzen und Städte. Dies hat auf der administrativen Ebene nicht nur zum Verlust zentralstaatlicher Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitssektor geführt,

sondern lokale Einrichtungen und Institutionen zugleich vom technisch-organisatorischen Know How übergeordneter staatlicher Stellen weitestgehend abgeschnitten. Unmittelbare Folge ist eine oftmals unklare Zuständigkeit zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen.

Dem noch immer niedrigen staatlichen Finanzierungsanteil steht ein zunehmender Anteil privater Finanzierung im Gesundheitssektor gegenüber, der unter anderem auf Probleme bei der Finanzzuweisung an die Kommunen zurück zu führen ist. Dies hat letztlich auch ernste Folgen für den Zugang ärmerer Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsdienstleistungen, die in besonderem Maße von steigenden Gebühren und Zuzahlungen bei Behandlungen und Medikamenten betroffen sind.

Gerade hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Frauen zeigt die Autorin eine Reihe von Problemen auf, die mit der Dezentralisierungspolitik im Gesundheitssektor in direktem Zusammenhang stehen. In dem Maße, in dem sich der Fokus der Gesundheitsversorgung zunehmend auf den lukrativen Bereich der Behandlung von Krankheiten konzentriert, gehen die Angebote im Vorsorgebereich weiter zurück. Gerade für Frauen spielt aber der Vorsorgeaspekt in der Gesundheitsversorgung eine besondere Rolle, etwa im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge. Damit hat sich besonders für Frauen die Versorgung im Gesundheitsbereich durch die Dezentralisierungspolitik tendenziell eher verschlechtert. Dies gilt auch für die Frage der politischen Partizipation in diesem Bereich. Frauen stellen nur einen geringen Anteil der gewählten Vertreter auf Provinz- und Kommunalebene und sind somit in den lokalen Entscheidungsprozessen eher unterrepräsentiert.

Ähnliche Problematiken stehen auch im Zentrum der von der indonesischen Nicht-Regierungsorganisation SMERU zusammen gestellten Beiträge zum Wandel der Basisgesundheitsversorgung in Indonesien. Die fortschreitende Entwicklung regionaler Autonomie seit Ende des Suharto-Regimes hat hier zu einer Reihe negativer Folgen im

Gesundheitswesen geführt. An erster Stelle steht dabei sicherlich die Verschlechterung der Finanzierungssituation auf lokaler Ebene. Die Finanzmittel der regionalen Behörden können die rückläufige Finanzierung durch die Zentralregierung in den seltensten Fällen ausgleichen. Immer deutlicher zeichnen sich so auch im Gesundheitssystem Unterschiede zwischen wohlhabenden und ärmeren Provinzen und Kommunen ab. Am Beispiel der Basisgesundheitsversorgung in so genannten Puskesmas, Gesundheitszentren auf Gemeindeebene, lassen sich eine Reihe negativer Folgen dieser Entwicklung aufzeigen.

Ziel der Einrichtung von Puskesmas ist es, die allgemeine Gesundheitssituation und das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen auf kommunaler Ebene zu verbessern, und zugleich die Möglichkeit zur kommunalen Partizipation im Gesundheitswesen auszubauen. Puskesmas spielen dabei eine zentrale Rolle innerhalb der nationalen Gesundheitspolitik des Landes. Obwohl sich Entwicklungen zur Stärkung regionaler Autonomie in Indonesien bis zum Ende der 1980 Jahre zurück verfolgen lassen, ist das Gesundheitssystem auf kommunaler Ebene noch immer durch eine Reihe von Restriktionen und Problemen gekennzeichnet. Zum einen weisen Puskesmas noch immer eine eher niedrige Nutzungsrate auf. Vor allem Gesundheitszentren in eher ärmeren Provinzen sind zunehmend darauf angewiesen, für ihre Dienstleistungen Gebühren von den Patienten zu erheben. Die trifft besonders arme Bevölkerungsschichten, die aufgrund steigender Kosten oftmals nicht auf diese Angebote zurückgreifen können. Zugleich ist auch die Ausstattung vieler Puskesmas mit qualifiziertem Personal, medizinischem Gerät und Medikamenten noch immer eingeschränkt – auch dies eine Folge der anhaltend schlechten Finanzsituation der zuständigen Kommunen. Aber infolge der dezentralen Finanzierung ist es nicht nur zu einer absoluten Verringerung der Finanzmittel auf kommunaler Ebene gekommen. Dadurch, dass die Unterstützung der Puskesmas zunehmend in Form von Sachleistungen erfolgt, verlieren die Gesundheitszentren

zugleich einen Teil Ihrer Autonomie bei der Verwendung des Budgets. Damit verfehlt diese Politik im Kern ihr Ziel einer Stärkung kommunaler Partizipationsmöglichkeiten.

Ausblick

In ihrer Konzeption ist die vorliegende Broschüre vor allem auf politisch-administrative Veränderungen der Gesundheitssysteme in unterschiedlichen Ländern Ost- und Südasiens ausgerichtet und stellt damit die Frage in den Mittelpunkt, welche Auswirkungen dieser Wandel für den Zugang zu Gesundheitsversorgung gerade für ärmere Bevölkerungsschichten in ländlichen Regionen hat. Dabei ist den Herausgebern bewusst, dass mit der vorliegenden Fokussierung der Broschüre andere Themenzuschnitte außen vor bleiben. Gerade beim Thema ‚Gesundheit in Asien‘ mögen viele erst einmal an die beiden großen Epidemien der letzten Jahre, den Ausbruch von SARS und die anhaltenden Erkrankungen an der so genannten ‚Vogelgrippe‘, denken, die die Region in besonderem Maße getroffen hat. Aber auch beim Thema HIV und Aids gehören die Länder Ost- und Südasiens zu den besonders betroffenen Staaten. Die besonderen Anforderungen, die solche Probleme an eine Gesundheitsversorgung stellen, sei sie nun zentralstaatlich organisiert oder durch dezentrale Strukturen gekennzeichnet, sind adäquat nur zu verstehen vor dem Hintergrund der politisch-administrativen Bedingungen, denen die Gesundheitssysteme in den unterschiedlichen Ländern unterliegen, und die in den letzten Jahren unter permanenten Anpassungs- und Veränderungsdruck stehen.

Dies gilt im besonderen Maße auch für die Auswirkungen der verheerenden Flutwelle vom 26. Dezember 2004 auf die Gesundheitsbedingungen der Menschen in den

besonders betroffenen Teilen der Region. Dazu gehört einmal die große Zahl der Verletzten, die es zu versorgen gilt. Kein Gesundheitssystem der Welt ist wohl wirklich auf die unmittelbaren Folgen einer solchen Katastrophe ausgerichtet, um so weniger die medizinische Versorgung von Ländern wie Indonesien oder Sri Lanka. Doch auch mittel- und langfristig wird die Flutwelle gerade im Gesundheitsbereich noch weitere Folgen nach sich ziehen. Experten rechnen damit, dass anhaltende Probleme bei der Versorgung mit sauberem Trinkwasser und die zu erwartende sprunghafte Vermehrung von krankheitsübertragenden Mücken in den nächsten Monaten zu einer Zunahme sowohl von Infektionskrankheiten und Seuchen, als auch von Malaria und Dengue-Fieber führen und so die Gesundheitssysteme weiterhin unter besonderen Druck setzen werden.

Die Flutkatastrophe wird aber über die akute Gesundheitsgefährdung durch Infektionskrankheiten und Seuchen hinaus auch langfristig das Krankheitsaufkommen in Südasiens beeinflussen und zumindest in den von der Flutwelle betroffenen Regionen die Gesundheitssysteme vor besondere Aufgaben stellen. Vor allem in den ärmeren Ländern wie Indonesien werden sich viele Menschen verschulden müssen, um die direkten Folgen der Katastrophe bewältigen zu können. Erfahrungen aus früheren Katastrophen zeigen, dass als Folge einer solchen Verschuldung nicht selten auch an Nahrungsmitteln gespart wird, wodurch besonders die Zahl der mangelernährten Kinder deutlich zunimmt. Aber auch für eine ausreichende Gesundheitsvorsorge und für dringend benötigte Medikamente stehen dann oftmals keine ausreichenden Mittel zur Verfügung, wodurch die Gesundheitssituation der Menschen nachhaltig negativ beeinflusst wird.

III. Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Gesundheitsfürsorge in Malaysia

Chee Heng Leng

Einleitung

Seit der Unabhängigkeit im Jahre 1957 ließ der Gesundheitszustand der Malaysier über die folgenden Jahrzehnte hinweg einen beständigen Trend zur Verbesserung erkennen, was sich in einem anhaltenden Rückgang der Sterblichkeitsrate widerspiegelte. Nicht alles an dieser Verbesserung kann dem Gesundheitssystem angerechnet werden, da Entwicklungen im Gesundheitsbereich das Ergebnis eines komplexen Ineinanderwirkens vieler Faktoren sind, angefangen vom Einkommensniveau und Bildungsstand über die Geburtenrate und den Umweltschutz bis hin zu Abwasserentsorgung und Zugang zu sauberem Wasser. Nichtsdestoweniger kommt dem Gesundheitssystem eine bedeutende Rolle zu, der grundlegenden und vorbeugenden Gesundheitsvorsorge möglicherweise sogar eine entscheidende.

Das malaysische Gesundheitssystem hat sich zusammen mit der Entwicklung der Nation ausgeweitet und fortentwickelt. Im Jahre 1957 lag das Zahlenverhältnis von Ärzten zur Bevölkerung für den Landesteil Malaya bei 1 zu 7.352. Bis zum Jahre 1981 hatte es sich für ganz Malaysia auf 1 zu 3.661 halbiert. Im Jahr 2000 schließlich lag es bei 1 zu 1.490. Als löblichste Errungenschaft müssen aber die Erfolge bei der Gesundheitsfürsorge in ländlichen Gebieten betrachtet werden, die in den frühen fünfziger Jahren ganz bei Null beginnen musste. Im Jahre 1960 lag das Verhältnis von allgemeinmedizinischen Gesundheitszentren zur ländlichen Bevölkerung bei 1 zu 638.000 Einwohnern, bei Gesundheitsunterzentren bei 1 zu 319.000 und bei Geburtskliniken bei 1 zu 121.000. Bis 1984, als alle Gesundheitsunterzentren zu Gesundheitszentren und alle Geburtskliniken zu allgemeinmedizinischen Gesundheitsstationen ausgebaut wurden, verbesserte sich das Verhältnis der Gesundheitszentren zur ländlichen Bevölkerung auf 1 zu

26.608 und für die dörflichen Gesundheitsstationen, *linik desa* genannt, auf 1 zu 5.431.¹

Nichtsdestoweniger tauchten, auch während die Sterblichkeitsrate fiel und die medizinischen Einrichtungen zunahmen, neue Herausforderungen auf und verstärkten den Druck auf das Gesundheitssystem. Von 1960 bis 2000 hat sich die Bevölkerung verdreifacht (8,3 Millionen 1960 gegenüber 23,3 Millionen 2000), und das bei einem ständig größer werdenden Anteil der urbanen Bevölkerung, der älteren Menschen und der Zuwanderer. Dieser Druck wurde noch verschärft durch einen Trend hin zu Herzerkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen. Gesellschaftlicher Wandel, wachsende Einkommen der Haushalte und technische Neuerungen und schließlich auch höhere Erwartungen hatten ebenso einen großen Anteil an den wachsenden Anforderungen an das Gesundheitssystem

Die Anforderungen an die Gesundheitsfürsorge spiegelt sich in der Rate der Inanspruchnahme wieder. Die Inanspruchnahme für die ambulanten Versorgungsmaßnahmen des Gesundheitsministeriums (MOH) ist über die letzten 30 Jahre ziemlich konstant geblieben (1.260 ambulante Behandlungen auf 1000 Einwohner im Jahr 1970, 1.186 dagegen im Jahre 2000). Der Anteil der stationären Behandlungen dagegen ist seit den 70er Jahren kontinuierlich gestiegen (56,6 auf 1.000 Einwohner 1970, 69,3 im Jahre 2000), was im Verhält-

¹ Verbesserungen bei der geografischen Erreichbarkeit werden im Zweiten Nationalen Gesundheits- und Sterblichkeitsbericht (*National Health and Morbidity Survey II* (NHMS II), Public Health Institute, NHMS II, Bd. 3, 1999) dokumentiert, in dem für die Malayische Halbinsel berichtet wird, dass im Jahre 1986 (NHMS I) 74 Prozent von denen, die in die Untersuchung einbezogen wurden, im Umkreis von bis zu drei Kilometern und 89 Prozent im Umkreis von bis zu fünf Kilometern zur nächsten Gesundheitseinrichtung lebten, während im Jahre 1996 (NHMS II) sich die entsprechenden Zahlen auf 86 bzw. 93 Prozent verbessert hatten.

nis ein leichtes Aufholen gegenüber dem Bevölkerungswachstum widerspiegelt.

Privat arbeitende allgemeinpraktische Ärzte decken einen großen Anteil des Bedarfes an der Versorgung ambulanter Patienten und haben sich daher viel mit dem wachsenden Bedarf an ambulanter Behandlung auseinander zu setzen. Darüber hinaus konnte ein schneller Zuwachs bei den Auslastungsraten privater Krankenhäuser festgestellt werden, sowohl für stationäre als auch für ambulante Behandlungen. Während es 1985 in Privatkliniken 62 ambulante Patienten und 9,8 Aufnahmen pro tausend Einwohner gab, lagen die Zahlen 1997 bei 179 ambulanten Patienten und 20,8 Aufnahmen auf tausend Einwohner.

In der Tat erlebten die vergangenen 20 Jahre bei der Anzahl der privatwirtschaftlichen Hospitäler und Gesundheitseinrichtungen ein phänomenales Wachstum von mehr als 300 Prozent (von 50 im Jahre 1980 auf 224 im Jahre 2000). Dieses Wachstum wird auch anhand eines anderen Indikators deutlich – dem Anteil an privaten Krankenhausbetten, der zwischen 1980 und 1998 von 4,7 Prozent auf 25,1 Prozent anwuchs, bevor er wieder auf 21,9 Prozent im Jahre 2000 sank.²

Diese Expansion des privaten Sektors war nicht ausschließlich eine Folge der Möglichkeiten, die die wachsende Nachfrage der Konsumenten nach Gesundheitsversorgung bot. Eine entscheidende Rolle spielte dabei auch die Regierungspolitik. Die Regierung unterlies es nicht nur, das Wachstum des privaten Sektors bei der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung zu regulieren. Vielmehr ermutigte sie durch ihre Wirtschaftspolitik das Wachstum privater Unternehmen und Körperschaften in allen Bereichen der Volkswirtschaft, das Gesundheitswesen eingeschlossen.

Trotz dieses Wachstums bleibt der öffentliche Sektor bis zum heutigen Tage der führende Anbieter für Gesundheitsversorgung,

besonders bei der Behandlung im Krankenhaus. Obwohl nur wenig mehr als die Hälfte aller Ärzte (54 Prozent) im öffentlichen Sektor tätig sind, behandeln sie dreieinhalb mal mehr Patienten als der private Sektor, und öffentliche Krankenhausbetten stellen mehr als drei Viertel aller vorhandenen Krankenhausbetten überhaupt. Öffentliche Einrichtungen betreuen sechs bis sieben mal so viele ambulante Patienten wie Privatkliniken – auch wenn hierbei die große Anzahl, die zu Ärzten für Allgemeinmedizin geht, außen vor gelassen wird.

Neuere Zahlen aus einer landesweiten Untersuchung lassen darauf schließen, dass sich im Falle von akuten Beschwerden 42 Prozent an private Einrichtungen wandten, während 20 Prozent von öffentlichen Einrichtungen Gebrauch machten.³ Der zweite nationale Gesundheits- und Sterblichkeitsbericht (NHMS II, 1996) zeigt, dass 54,2 Prozent der kurz zuvor erlittenen Erkrankungen und Verletzungen in Privatkliniken registriert wurden, 38,7 Prozent in staatlichen Einrichtungen und nur 2,3 Prozent in privaten Krankenhäusern.⁴ Für Behandlungen im Krankenhaus nahmen 80 Prozent öffentliche Einrichtungen in Anspruch, während 20 Prozent private Gesundheitsversorgung nutzten (NHHS, 1996). Dieser Befund wird von den Ergebnissen des NHMS II (1996) unterstützt, nach denen 78,4 Prozent der ins Krankenhaus Eingewiesenen von Hospitälern des Gesundheitsministeriums Gebrauch mach-

³ Bei den übrigen handelte es sich zu 18 Prozent um Selbstmedikation, 16 Prozent bedienten sich aus Apotheken oder Läden, 4 Prozent griffen auf traditionelle Behandlungsmethoden zurück. Quelle: Department of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Malaya, National Household Health Expenditure Survey (NHHS), 1996.

⁴ Die verbleibenden 4,8 Prozent wurden bei alternativen Ärzten, Heilpraktikern und anderen Medizinern behandelt. Es sollte erwähnt werden, dass die Methode der Erhebung bei den beiden Untersuchungen unterschiedlich war. Bei den Daten aus NHMS II handelt es sich um Prozentsätze von denen, die Behandlung für Krankheit und Verletzung nur innerhalb der letzten beiden Wochen gesucht hatten, einschließlich jener, die ihre Medikamente selbst organisierten (Selbstmedikation).

² Die Daten stammen aus dem Jahresbericht des Gesundheitsministeriums.

ten, verglichen mit 17,9 Prozent, die private Krankenhäuser nutzten.

Im ganzen kann man daher sagen, dass sich ein Großteil der Bevölkerung immer noch auf das öffentliche Gesundheitswesen verlässt. Es erregte daher große Aufmerksamkeit, als die Regierung verkündete, sie würde sich im Sinne ihrer Politik zur Privatisierung und 'corporatisation' (Siebter Malaysia-Plan, 1996 bis 2000) aus ihrer Funktion als Gesundheitsversorger zurückziehen. Darüber hinaus bekräftigte der Achte Malaysia-Plan (2001-2005), dass letztendlich ein Mechanismus zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung, wie er Mitte der Achtziger Jahre erstmals diskutiert worden war, eingerichtet werden sollte. Obwohl es in der Gesundheitsfürsorge in den vergangenen zwei Jahrzehnten bereits rapide Veränderungen gegeben hatte, kündigt ein Wandel in der Finanzierung der Gesundheitsfürsorge eine grundsätzliche Veränderung an, was Fragen aufwirft bezüglich seiner Auswirkungen auf Aspekte der Zugänglichkeit, gerechten Verteilung und Gewährleistung allgemeiner Versorgung.

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Die Probleme der malaysischen Gesundheitsversorgung sind vielfältig. Für Patienten des öffentlichen Gesundheitssystems sind die Warteschlangen lang, und in den zurückliegenden Jahren mussten Patienten für ihre eigenen chirurgischen Implantate und ihre wichtigsten Medikamente bezahlen, je nach der Finanzlage des jeweiligen Hospitals. Obwohl die niedrigen Einkommensgruppen mit diesen Schwierigkeiten noch zurechtkommen, gibt sich jeder, der es sich erlauben kann, jede erdenkliche Mühe, dass er in den teureren Privateinrichtungen behandelt wird. Obwohl nur 20 Prozent der Krankenhausbesucher von Einrichtungen des privaten Sektors Gebrauch machen, zahlen sie 86 Prozent aller Ausgaben, die von Privathaushalten für Krankenhausaufenthalte gemacht werden. Sie zahlen im Schnitt 1955 malaysische Ringgit (RM) für jeden Behandlungszeitraum,

verglichen mit 81 RM im öffentlichen Sektor.⁵

Der angenommene Bedarf, staatliche Gesundheitsdienste zu umgehen, führte zu öffentlichen Spendenappellen, um verschiedene Arten von chirurgischen Maßnahmen und Behandlungen durchzuführen. Im Jahr 2002 gab es eine ganze Flutwelle solche Appelle, die in der bestens bekannten Geschichte um eine bekannte Fernseh-Nachrichtensprecherin gipfelten, die große Summen öffentlicher Spenden erhielt, um für medizinische Behandlung nach Australien zu gehen. Die Notwendigkeit und Kostenhöhe dieser Aktion wurden später in Zweifel gezogen.⁶ Infolge der heftigen Reaktion der Öffentlichkeit rief die Regierung einen Nationalen Wohlfahrts-Fond für Gesundheit (*National Health Welfare Fund*) ins Leben, um Spenden für bedürftige Patienten zu sammeln, die sich nun durch die Antrags- und Überprüfungsverfahren des Gesundheitsministeriums kämpfen müssen.⁷ Obwohl dieser Fond eine wichtige Rolle bei der Sicherstellung der effizienten Verwendung öffentlicher Spenden für arme Patienten spielt, verkörpert er zugleich, wie Gesundheitsfürsorge aus Nächstenliebe institutionalisiert wird.

Der Ausweg, die Öffentlichkeit um Spenden zu bitten, steht naturgemäß nur für eine kleine Minderheit offen. Für die Mehrheit hat die Erkenntnis, dass die Gesundheitssysteme der Regierung nicht länger lebensfähig sind und das Gefühl, von den teureren privaten Gesundheitsdiensten Gebrauch machen zu müssen,

⁵ Der Mittelwert der Summe, die pro Aufenthaltszeitraum ausgegeben wurde, lag im Privatsektor bei 900 malaysischen Ringgit (RM), verglichen mit 15 RM im öffentlichen Sektor. Quelle: National Household Health Expenditure Survey (NHES), 1996.

⁶ Die Höhe der öffentlichen Spenden, die in diesem Falle eingenommen wurden, ist aller Wahrscheinlichkeit nach übermäßig vom Berühmtheitsstatus der Person beeinflusst worden, wie auch vom Besuch des Premierministers an ihrem Krankenbett.

⁷ Im Frühjahr 2003 verkündigte der Generaldirektor für Gesundheit, in dem Fond befände sich eine Gesamtsumme von über 5,5 Millionen RM, und es seien seit seinem Anlauf im September 2002 102 Anträge eingegangen, von denen 63 bewilligt wurden. Die Mehrzahl der Antragspatienten konnte in öffentlichen Krankenhäusern behandelt werden. Siehe *The Sun*, 27. Februar 2003.

zusammen mit den wachsenden Gebühren im Privatsektor, dem Trend zum Erwerb privater Krankenversicherungen Vorschub geleistet.⁸

Ein Gesundheitssystem, das von privaten Krankenversicherungen dominiert wird, wird sich schädlich auf gesellschaftliche Solidarität und das Prinzip der allgemeinen, flächendeckenden Versorgung auswirken. Private Krankenversicherung ist freiwillig und bietet für Einzelpersonen die Möglichkeit, auszustiegen. Die Prämien werden aufgrund der Risiken berechnet und nach Alter und Gesundheitszustand gestaffelt. Jene, die wirklich Gesundheitsversorgung benötigen, können ausgeschlossen werden. Die Entstehung von Kostenspiralen in Folge von 'moral-hazard'-Verhalten der Versicherten, Selbstdispensation der Anbieter medizinischer Leistungen und hoher Fixkosten sind ein großes Problem. In den Vereinigten Staaten (USA), wo die Gesundheitsversorgung im wesentlichen durch private Krankenversicherungen finanziert wird, drehte sich die Spirale der Gesundheitskosten im Jahre 2001 bis zu einer Rekordhöhe von 14,1 Prozent des BIP, während gleichzeitig 41 Millionen Bürgerinnen und Bürger (14,5 Prozent der Gesamtbevölkerung), davon 10 Millionen Kinder, unversichert blieben, obwohl die Regierung 40 Prozent ihrer gesamten Gesundheitsausgaben in die Programme *Medicare* und *Medicaid* für die Alten, Armen und Behinderten investiert.⁹

In Malaysia wird das allgemein zugängliche Gesundheitsversorgungssystem durch zentral erhobene Steuergelder finanziert,

während private Gesundheitsversorgung in erster Linie direkt aus der Tasche der Mitglieder oder der Beschäftigten finanziert wird. Nichtsdestotrotz hat sich die private Krankenversicherung in jüngster Zeit als eine Möglichkeit zur Finanzierung von Gesundheitsfürsorge durchgesetzt. Ihre Rolle wurde durch die Arbeitnehmersorgekasse, den 'Employees' Provident Fund' (EPF) angekurbelt, als dieser seinen fünf Millionen erwerbstätigen Mitgliedern die Möglichkeit gab, ihre Ersparnisse für ein risiko-gebundenes Krankenversicherungsmodell zu verwenden (*The Star* vom 18. Januar 2000).¹⁰ Im Zusammenhang mit dem rasch wachsenden Markt für Krankenversicherungen könnte der nationale Finanzierungsplan für das Gesundheitswesen in seiner vorgeschlagenen Form bereits als veraltet betrachtet werden.

Ein nationaler Finanzierungsplan für das Gesundheitswesen

Über die Jahre hinweg hat der wesentlich ertragreichere Privatsektor medizinisches und dazugehöriges Gesundheitspersonal aus dem öffentlichen Dienst abgezogen. Während mehr und mehr gingen, wurden die, die zurückblieben, mit immer größeren Arbeitslasten konfrontiert. Sich verschlechternde Arbeitsbedingungen ermutigten Weitere zum Weggehen, was in eine Abwärtsspirale führte. Eine angemessene Strategie, um dem entgegenzusteuern, wäre es, die Staatsausgaben für Gesundheit zu erhöhen, um die Entlohnung für ausgebildete Personen zu erhöhen und bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen

⁸ Der *National Health and Morbidity Survey II* fand heraus, dass private Krankenversicherung von 0,1 Prozent der Konsumenten als Finanzierungsquelle genutzt wurde (NHMS II, Bd. 3, 1999).

⁹ Siehe Robert Pear, 'Panel, citing health care crisis, presses Bush to act'. *The New York Times*, 20. November 2002; und Robert Pear, 'Spending on health care increased sharply in 2001'. *The New York Times*, 8. Januar 2003. Der zweite Artikel berichtet auch, dass die Gesundheitsausgaben in den USA von 1992 bis 2000 zwischen 13,1 und 13,4 Prozent des BIP gelegen habe, was mehr wäre als in der Schweiz (10,7%), Deutschland (10,6%), Frankreich (9,5%) und Kanada (9,1%) im Jahr 2000. Die Schätzung bezüglich nicht krankenversicherter Kinder stammt vom Children's Defence Fund, *Child Health Fact Sheet*, 17. Januar 1997, Washington DC: Children's Defence Fund.

¹⁰ Der EPF erlaubt einem Mitglied, 10 Prozent der Beiträge für medizinische Zwecke zu nutzen und funktioniert wie ein medizinisches Sparkonto. Der angebotene System erscheint besonders attraktiv für die unter 35-jährigen, die für eine Versicherungssumme von 10.000 malaysischen Ringgit (RM), die dazu dienen soll, bis zu 13 schwere Erkrankungen abzudecken, einen jährlichen Beitrag von nur 30 RM entrichten müssten. Aber für diejenigen, die sich in der Gruppe der 65-70-Jährigen befinden, läge der entsprechende Beitrag bei 1.883 RM. Bei besserer Versorgung wird der Unterschied noch größer: 20.034 RM für die 65- bis 70-jährigen, um mit einer Versicherungssumme von 100.000 RM 36 schwere Erkrankungen zu behandeln, verglichen mit 347 RM für die unter-35-jährigen.

und so die Flutwelle der Kündigungen aufgehalten.

Die letzten fünf Jahre hindurch lagen die staatlichen Zuwendungen für das Gesundheitswesen ziemlich konstant bei etwa 2,5 bis 2,6 Prozent des BSP.¹¹ Offizielle Berechnungen, die auf den Zahlen des NHMS II basieren, stellen fest, dass der Jahreshaushalt des Gesundheitsministeriums bei 1,02 Prozent des BIP bzw. 1,07 Prozent des BSP lag, während die Beiträge aus Selbstbeteiligung zusammengenommen 1,28 Prozent des BIP oder 1,35 Prozent des BSP betragen (laut NHMS II, Bd. 3, 1999).¹² Derselbe Bericht stellt fest, dass – inklusive Schätzungen über Gesundheitsausgaben durch andere Regierungsstellen und Nichtregierungsstellen – Beschäftigte und Versicherungen insgesamt Gesundheitsausgaben von über 3 Prozent erbringen würden. Diese Rate liegt noch unter den vier bis sechs Prozent, die von der Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlen werden.

Die Verlängerung der dominierenden Rolle der Regierung bei der Finanzierung und Bereitstellung eines lebensfähigen Gesundheitssystems bei gleichzeitiger Regulierung des Wachstums des privaten Sektors hätte die Ideale allgemeiner flächendeckender Versorgung, Zugänglichkeit und Gerechtigkeit in der Gesundheitsvorsorge sicherstellen und ausweiten können. Trotzdem hat die malaysische Regierung festgelegt, dass neben der Staatskasse eine alternative Finanzierungsquelle geschaffen werden solle, und dies sei die höchste Priorität in der Zeitspanne des achten Malaysia-Plans (2001-2005).

¹¹ Es ist argumentiert worden, die gemeinschaftlichen Gesundheitsausgaben hätten im vergangenen Jahrzehnt um etwa 40 Prozent zugenommen und seien nun größer als das Jahresbudget des Gesundheitsministeriums. Das Ministerium sei möglicherweise nicht länger der größte Geldgeber oder Versorger, und das ohne jede offizielle Änderung in der Finanzierungsstruktur (siehe NHMS II, Bd. 3, 1999). Basierend auf den Daten über Inanspruchnahme, die bereits in diesem Papier vorgestellt wurden, ist das Gesundheitsministerium weiterhin der größte Anbieter von stationärer Behandlung. In ländlichen Regionen kann er bei ambulanter Behandlung bisweilen sogar der einzige Anbieter sein.

¹² Siehe: Gesundheitsministerium, Jahresbericht 2000. Der Haushalt des Ministeriums bestreitet den allergrößten Anteil der Staatsausgaben für Gesundheitsversorgung.

Erstmals erwähnt im Zwischenbericht zum Vierten Malaysia-Plan (1981-1985), waren diese Pläne 20 Jahre in Arbeit, was vielleicht deutlich macht, um welche monumentale Aufgabe es sich dabei handelt. Im März 2001 kündigte das Gesundheitsministerium an, dass es einen Vorschlag zur Errichtung der Nationalen Gesundheitsfinanzierungsbehörde, *National Health Financing Authority* (NHFA), einer Körperschaft, die den Nationalen Gesundheitsfinanzierungsplan (NHFS) betreuen soll, an das wirtschaftliche Planungsbüro (*Economic Planning Unit*, EPU) des Amtes des Premierministers weitergeleitet habe. Und es sei wahrscheinlich, dass dieses Organ innerhalb eines Jahres eingerichtet werden könne.¹³

Die Notwendigkeit, eine nationale Krankenkasse zu schaffen, kann hinterfragt werden, besonders vom Standpunkt der Öffentlichkeit, für die Beitragszahlungen als zusätzliche Steuern erscheinen könnten. Andere Probleme werden ebenso auftauchen. Ein nationaler Gesundheitsfond in Form einer Sozialversicherungskasse würde zuallererst enorme zusätzliche Verwaltungskosten mit sich bringen. Mit der Ankündigung des NHFA-Entwurfes bekräftigte das Gesundheitsministerium gegenüber der Öffentlichkeit, es sei „notwendig, ein System zu schaffen, das sich völlig im Besitz der Regierung befindet und funktioniert wie eine Non-Profit-Organisation“.¹⁴ Es ist vorstellbar, dass diese Kasse nach dem *Employees Provident Fund* (EPF) die zweitgrößte im Land werden könnte. Unweigerlich würden dann Fragen der Transparenz, Verantwortlichkeit und richtigen Verwaltung auf den Plan treten. Bei einem derart großen öffentlichen Fond würde privates Management unweigerlich zu zahllosen Problemen bei der Regulierung führen. Wer würde die Verwaltung

¹³ Siehe dazu *The Sun*, vom 4. März 2001, Seite 1. Seit diesem Zeitpunkt hat es keinerlei Bericht gegeben, weder hinsichtlich der Entscheidung der EPU noch des Fortschrittes bei der Schaffung der NHFA.

¹⁴ Datuk Dr. Mohd Ismail Merican, Stellvertretender Generaldirektor für den Bereich Forschung und Technischen Support bei Gesundheitsministerium, in einem Brief an *The Sun* vom 14. März 2001.

überwachen, wem wäre diese rechen-schaftspflichtig und wie könnte Verant-wortlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit gewährleistet werden?

Gesundheitsversorgung über Steuerein-nahmen zu finanzieren erlaubt der Regie-rung direkte Kontrolle über die Planung, und die Kosten können durch globale Bud-getkontrolle gesteuert werden. Finanzielle Gerechtigkeit wird in diesem Falle über das Steuersystem gewährleistet und ist in dem selben Maße gerecht und progressiv gestaffelt, in dem dies auf das Steuersys-tem zutrifft. Bei einem Sozialversiche-rungsmodell würde die staatliche Kontrolle davon abhängen, in welchem Maße die Finanzierungskörperschaft unabhängig von der Regierung ist. Der Gesundheitsfond wird eine zusätzliche Geldquelle für den öffentlichen Gesundheitssektor werden – vorausgesetzt es gibt keine Kürzungen bei den gegenwärtigen Zuweisungen aus der Staatskasse. Gerechtigkeit bei der finan-ziellen Belastung wird davon abhängen, ob die Prämien progressiv gestaffelt werden und die Versorgung soweit universell sein wird, wie die Teilnahme verpflichtend ist. Es wird aber in jedem Falle Probleme bei der Kosteneindämmung geben.

Zugänglichkeit und Gerechtigkeit bei der Zuteilung von Gesundheitsdienstleistungen wird zum großen Teil von der lückenlosen Verfügbarkeit der Versorgung bestimmt werden. Wird der Plan auch alle Schutz-impfungen und die Vorsorgeuntersuchun-gen von Schwangeren abdecken? Werden Zuzahlungen für medizinische Beratungen, dringend notwendige Behandlungen, Chi-rurgie oder Arzneimittel erforderlich wer-den? Wie hoch werden die Zuzahlungen sein, und wie werden sie aussehen? Wenn die Versorgungsdichte unzureichend ist und die Zuzahlungen zu hoch sind, werden Kunden, die erkennen, dass sie sich Zu-zahlungen nicht leisten können, letztend-lich auf private Krankenversicherungen zurückgreifen müssen.

Das Gesundheitsministerium hat vorge-schlagen, dass der Plan gleichermaßen auf breite allgemeine Versorgung, Gerechtig-keit und Zugänglichkeit zugeschnitten

werden soll, wie auf Leistungsfähigkeit, Akzeptanz und Erschwinglichkeit.¹⁵ Es wurde ebenfalls betont, dass Teilnahme an dem nationalen System für alle, die es sich leisten können, obligatorisch sein wird und die Regierung die Armen, die Unterprivile-gierten und deren Angehörige unterstützen wird. Es muss jedoch abgewartet werden, bis zu welchem Umfang der im Entstehen begriffene neue Finanzplan sich entwickelt, wie das Gesundheitsministerium es sich vorstellt.

Bereitstellung der Gesundheitsversor-gung

Die Absicht der Regierung, sich aus der Gesundheitsversorgung zurückzuziehen, ist eng verbunden mit ihrer Privatisierungs- und '*corporatisation*'-Politik. Der Plan, staatliche Krankenhäuser zu 'korporatisie-ren', d.h. sie in selbständige Unternehmen umzuwandeln, wurde aufgegeben, nach Meinung einiger Analysten in Reaktion auf den politischen und öffentlichen Druck kurz vor den Wahlen von 1999. Das Unwort 'korporatisieren' (*corporatise*) wurde seitdem durch den Begriff 'Umstruk-turierung' ersetzt, wahrscheinlich aus dem selben Grund. Trotz alledem steht '*corpora-tisation*' immer noch ganz oben auf der Ta-gesordnung – auch wenn nicht ganz klar ist, was sie alles umfasst.¹⁶ Fragen kom-men auf in Bezug auf die Eigentumsver-hältnisse, Verantwortlichkeit und ob '*cor-poratisation*' einen Zwischenschritt zur Privatisierung darstellt.

Im gegenwärtigen gemischten öffentlich-privaten System spielt das staatliche Gesundheitswesen eine unentbehrliche

¹⁵ Datuk Dr. Mohd Ismail Merican, Stellvertretender General-direktor für Forschung und Technischen Support beim Gesundheitsministerium in einem Brief an *The Sun* vom 14. März 2001.

¹⁶ Daher erklärte Dr. Mohd Ismail Merican in seinem Brief an *The Sun* vom 14. März 2001: „Die Regierung ist ebenso verantwortlich für die Bereitstellung und Finanzierung von Dienstleistungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, so Epidemienkontrolle, ökologische Gesundheit und ähnliches. Die zukünftige Rolle der Regierung wird im Wesentlichen regulatorischer Art sein, sie wird Ziele und Strategien formulieren und die Gesundheitsdienste überwachen und ihre Leistungen bewerten.“

Rolle, indem es eine preisliche Grundlage bietet, mit der die Preise für private Dienstleistungen verglichen werden. Ist der Preis für einen privaten Gesundheitsdienst zu hoch angesetzt, haben Kunden die Möglichkeit, zum preislich nominal festgelegten staatlichen Gesundheitsdienst zurückzukehren. Auch für den Fall, dass eine gesetzliche Pflichtversicherung eingerichtet wird, könnte die Nutzung privater Gesundheitsversorgung zusätzliche Beiträge aus der Tasche der Kunden nach sich ziehen. Die Existenz einer Alternative, die keine Zusatzbeiträge erfordert, würde dann als Grundpreis dienen und derartige Zahlungen niedrig halten.

Die Diskussion um die *'corporatisation'* staatlicher Krankenhäuser dreht sich im wesentlichen um die Notwendigkeit, staatliche Entlohnungssysteme zu umgehen und dadurch die Entlohnung für medizinisches Personal zu erhöhen – mit dem Ziel, sie weiterhin im öffentlichen Gesundheitsdienst zu behalten. Wahrscheinlich würde sich dann der öffentliche Charakter des Gesundheitsdienstes durch die Umstrukturierungen nicht verändern.

'Corporatisation' wird für die Kunden Auswirkungen auf Erreichbarkeit und gleichmäßige Verteilung des Service haben. Wenn sich öffentliche Krankenhäuser nicht länger auf Zuwendungen aus der Staatskasse verlassen können, dann werden unrentable Einrichtungen möglicherweise geschlossen werden müssen, was sich auf die räumliche Erreichbarkeit auswirken wird – es sei denn, Gewinne, die von anderen Einrichtungen gemacht werden, werden zentralisiert und an die nicht-profitablen Einrichtungen übertragen, um allgemeine Zugänglichkeit und gleichmäßige Verteilung aufrecht zu erhalten. Die fundamentale Frage ist daher, ob die umstrukturierten Krankenhäuser auf profitorientierter Basis arbeiten werden oder nicht.

Es sollte geklärt werden, ob und wie der öffentliche Charakter des Gesundheitssystems bewahrt wird, wenn sich der Staat aus der Rolle des Versorgers zurückzieht. Dieses würde eine schwere Belastung für die Zielsetzungen für Zugänglichkeit und

Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem als Ganzes bedeuten.

Regulierung und Begrenzung der Kosten

Es wird allgemein akzeptiert, dass es nicht automatisch in Kosteneffizienz resultiert, wenn Gesundheitsversorgung den Anforderungen von Angebot und Nachfrage überlassen bleibt. Die Ware Gesundheitsversorgung ist von ihrer Natur her so beschaffen, dass der Markt daran geradezu zwangsläufig scheitern muss. Das liegt nicht zuletzt daran, dass der Konsument abhängig ist von den Informationen des Anbieters – und das in einem Maße, dass der Anbieter oft vorbestimmt, welche Art und welche Menge der Ware Gesundheitsversorgung an den Kunden verkauft wird. Im Privatsektor wird die Zuteilung der Gesundheitsversorgung von der Zahlungsfähigkeit bestimmt, anders als im öffentlichen Sektor, wo es eine bewährte Praxis der Entscheidungsfindung gibt, die auf klinischen, epidemiologischen und ethischen Kriterien basiert.

Es gibt im privaten Gesundheitssystem Malaysias kein System für Überweisungen an Fachärzte. Dies hat zu einem ineffizienten Einsatz von Fachleuten geführt, so dass Spezialisten aus dem Privatsektor sich mit einer Vielzahl von Fällen befassen, die ihre Expertise überhaupt nicht benötigen.¹⁷ Die unkontrollierte Anschaffung teurerer medizinischer Technologie durch konkurrierende Anbieter im medizinischen Privatsektor hatte ebenfalls einen ineffizienten Umgang mit volkswirtschaftlichen Ressourcen zur Folge.¹⁸

¹⁷ Es hat sich gezeigt, dass es sich nur bei 25 Prozent der Patienten, die von Spezialisten aus dem privaten Sektor betreut wurden, um Fälle handelte, die diese Expertise auch benötigten, verglichen mit 70 Prozent im öffentlichen Sektor. Siehe: Abu Bakar Suleiman, Wong Swee Lan, A Jai Mohan, et al., 1993, *Utilisation of Specialist Medical Manpower: Report of a Collaborative Study by the Ministry of Health and the Academy of Medicine*, Kuala Lumpur: Ministry of Health.

¹⁸ Ein Beispiel dazu bietet die Lieferung von Scannern für Kernspintomographie. Gegen Ende der Neunziger Jahre hat der Präsident der Gesellschaft für Private Krankenhäuser (APHM) Regulierungsmaßnahmen gefordert, um die Anschaffung teurer technischer Geräte durch private Krankenhäuser zu begrenzen. Zitiert in: Chan Chee Khoo, *The political economy of health care reforms in Malaysia*.

Die Schaffung privater Abteilungen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, wo medizinisches Personal aus dem öffentlichen Dienst Sprechstunden für Privatpatienten abhalten kann, hat die Probleme vergrößert. Medienberichten zufolge haben Mediziner solche Arrangements missbraucht, um sich zum Nachteil ihrer öffentlichen Patienten auf ihre Privatpatienten zu konzentrieren und Versicherungspatienten überredet, sich von öffentlichen auf private Stationen verlegen zu lassen.¹⁹ Solche Medienberichte müssen überprüft werden, aber als Tatsache bleibt bestehen, dass es an Regulierungsstrukturen und Kontrollmechanismen fehlt und das System daher zum Missbrauch einlädt.

Die Verordnung über private Gesundheitsversorgungseinrichtungen und Dienstleistungen von 1998 ist ein bedeutsamer Schritt hin zu einer verbesserten Regulierung des privaten Sektors. In dem Falle, dass ein nationales Krankenversicherungssystem zustande kommt, wird die Notwendigkeit der Kosteneindämmung zunehmend weitere Regulierung und mehr Monitoring verlangen. Wenn Akzeptanz und Erschwinglichkeit erreicht werden sollen, sollten die Interessen der Öffentlichkeit über Regulierungsgremien deutlich vertreten werden, genauso wie über Verfahren, die Gebühren und Preise für die Verbraucher festlegen. Es sollte ein starkes Regelwerk und wirksame Verfahren für die Bearbeitung von Kundenbeschwerden geben, ebenso für Kunden, die in Streitfällen Anspruch auf Entschädigung geltend machen wollen.

Privatisierung

Die Privatisierungspolitik der malaysischen Regierung hat für eine gewaltige Expansion des Marktes für Gesundheits-

produkte und Dienstleistungen gesorgt.²⁰ In den beiden Fällen, in denen öffentliche Dienstleistungen privatisiert wurden, haben sich die Kosten des öffentlichen Sektors in mannigfaltiger Weise erhöht. Im Jahre 1996 wurden fünf 'hospital support services', deren Kosten zusammen 14 Prozent des Budgets des Gesundheitsministeriums ausmachten, durch die Übertragung an drei Gesellschaften – Faber Mediserve Sdn Bhd, Radicare (M) Sdn Bhd und Tongkah Medivest Sdn Bhd – privatisiert. Nach dieser Übertragung stiegen bei den Krankenhäusern des Gesundheitsministeriums die Ausgaben für die betreffenden Dienstleistungen um das 3,2-fache,²¹ woraufhin die Regierung ein privates Unternehmen damit beauftragte, diese drei Firmen zu beaufsichtigen und zu überwachen, was dann zusätzliche Kosten nach sich zog.

Zwei Jahre zuvor, 1994, waren die regierungseigenen klinisch-pharmazeutischen Versorgungsdienste privatisiert und an Remedi Pharmaceuticals (M) Sdn Bhd, ein Tochterunternehmen der Renong-Unternehmensgruppe übertragen worden. Diese hatte eine Konzession über fünfzehn Jahre, pharmazeutische Artikel und medizinische Ausrüstung zu beschaffen, zu lagern und an staatseigene Gesundheitseinrichtungen zu verteilen. Für diese Aktivitäten waren bislang acht Prozent des Haushaltes des Gesundheitsministeriums veranschlagt worden. Eine Studie von 1997 kam zu dem Ergebnis, dass sich die Preise nach der Privatisierung um das 3,3-fache erhöht hatten.²²

Als Papier vorgestellt auf der International Conference on Restructuring of Health Services, Maastricht, Niederlande, 5.-7. Juli 2001.

¹⁹ Siehe Michelle Lee, 'Private wing in medical centre milks the rich, neglects the poor', in *Malaysiakini*, 22. März 2002.

²⁰ Dieses wird diskutiert in: Chan Chee Khoo, 'The political economy of health care reforms in Malaysia', Thesenpapier, vorgestellt auf der *International Conference on Restructuring of Health Services*, Maastricht, Niederlande, 5.-7. Juli 2001.

²¹ Siehe Chan Chee Khoo, Noorul Ainur Mohd Nur und Dzul kifli Abdul Razak, 'A sunrise industry: the emergence of investor-led, corporate health care'. Ein Thesenpapier, das auf dem *National Seminar on Health and Health Care in Changing Environments: the Malaysian Experience*, am 22. und 23. April 2000 in Kuala Lumpur vorgestellt wurde.

²² Mohd Izhah Mohd Ibrahim, Zubaidah Che Embee und Dzul kifli Abdul Razak: 'Drug distribution systems in Malaysia: the privatisation of the General Medical Store', Thesenpapier, vorgestellt auf der *National Conference on Privatisation and Health Care Financing in Malaysia*, am 5. bis 6. April 1997, Penang.

In absoluten Zahlen hat die Regierung die Ausgaben für den Gesundheitssektor erhöht, aber diese Erhöhung wurde in private Kanäle umgeleitet.²³ Die *Citizens' Health Initiative*, eine lockere Vereinigung von Personen und Nichtregierungsorganisationen, hat dazu aufgerufen, für die Privatisierung der staatlichen Gesundheitsversorgung ein Moratorium zu verhängen, bis eine gründliche Überprüfung und Evaluierung der Wirtschaftlichkeit vorhergegangener Erfahrungen mit Privatisierung einschließlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistungen durchgeführt worden ist.²⁴ Wenn öffentliche Krankenhäuser in unabhängige Unternehmen umgewandelt und die finanziellen Zuwendungen des Staates eingestellt werden, wäre es wichtig für die Haushalte der Krankenhäuser, dass die Dienstleistungen vertraglich auf einer kosteneffizienten Grundlage bei gleichzeitiger Wahrung der Qualität festgeschrieben werden.

Fazit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO sieht die Rolle einer Regierung in der Gesundheitsfürsorge darin, Dienstleistungen bereitzustellen, Mittel zu beschaffen, zu finanzieren und Verwaltungsaufgaben durchzuführen. Sie betont, die letztendliche Verantwortlichkeit für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems liege bei der

Regierung.²⁵ Eine Regierung ist in dieser Rolle am effektivsten, wenn sie in der Lage ist, ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit zu wahren. Glaubwürdig erzielt man am ehesten durch Transparenz und ein verantwortungsbewusstes Verhalten gegenüber der Öffentlichkeit.

In dieser Hinsicht muss man sich mit der Tatsache auseinandersetzen, in welchem Maße die Entscheidungsprozesse in den zwanzig Jahren, in denen die nationale Krankenversicherung in der Überlegung war, in Geheimniskrämerei gehüllt waren. Nicht eine der zahlreichen Studien, die in den vergangenen Jahren in Auftrag gegeben wurden, wurde veröffentlicht. Selbst in diesem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium wurden die Einzelheiten nicht zwecks genauerer Betrachtung und Diskussion der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Regierung kann es sich nicht erlauben, bei der Vorbereitung auf die Herausforderungen der Zukunft die Rolle zu vernachlässigen, die Öffentlichkeit und Zivilgesellschaft dabei spielen können. Nur bei Beteiligung der Öffentlichkeit an ihren Planungen kann die Regierung wahrhaftig im Interesse des Volkes handeln.

Übersetzung: Peter Schnabel

²³ In der Umsetzungsperiode des Siebten Malaysia-Plans wurden die wachsenden finanziellen Zuweisungen ebenso in Bauprojekte für Krankenhäuser und Kliniken geleitet.

²⁴ Siehe das *Citizens' Health Manifesto*, 8. Juli 1998, <http://prn.usm.my/chi.html>.

²⁵ Weltgesundheitsbericht 2000: World Health Report 2000, *Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO 2000.

IV. Von Thailands Gesundheitsreform lernen

Adrian Towse, Anne Mills, Viroj Tangcharoensathien

Um Thailands Bevölkerung Zuschüsse zur Gesundheitsversorgung bieten zu können, waren radikale Veränderungen im Gesundheitssystem notwendig. Um einen universalen Zugang zu staatlich finanzierter Gesundheitsversorgung einzuführen, verfolgte Thailand einen ‚big bang‘-Ansatz. In 2001, nach langen Debatten und langsamem Fortschritt, wurde die staatliche Versorgung auf 18,5 Millionen Menschen (aus einer Gesamtbevölkerung von 62 Millionen) ausgedehnt, die zuvor unversichert waren. Dieser Schritt war mit einer radikalen Änderung in der Finanzierung verbunden, und zwar weg von größeren städtischen Krankenhäusern, hin zum Ausbau der primären Versorgung. Ein solcher Ansatz bietet Chancen, birgt aber auch Risiken. Im Folgenden erörtern wir die Durchführung und einige der damit zusammenhängenden Probleme.

Das Formulieren der Änderung

Premierminister Shinawatra erzielte im Jahr 2001 einen Erdrutschsieg für seine Thai-Rak-Thai Partei (Thais lieben Thais) mit einer Politik, die mit dem "30 Baht behandeln alle"-Programm einen universalen Zugang zu staatlich bezuschusster Gesundheitsversorgung zum Inhalt hatte. In dem Programm zahlen die Menschen 30 Baht (umgerechnet etwa EUR 0,7) für jeden Arztbesuch oder Einweisung in eine Klinik. Thailand hatte zuvor vier öffentliche Risikoschutzprogramme (Übersicht 1) mit sich stark unterscheidenden Nutzungs- und Beitragsebenen. Diese Programme schützten 43,5 Millionen Menschen, ließen jedoch 18,5 Millionen außen vor, die Gebühren für die Versorgung durch öffentliche oder private Anbieter zahlen müssen. Das Programm sah zu Beginn vor, die Ressourcen der vier Programme in ein Gesamtprogramm einfließen lassen, um Überlappungen bei der Deckung zu beseitigen und die Fairness zu verbessern. Dies traf auf Widerstand sowohl von Regie-

rungsbehörden, die die bisherigen Programme kontrollierten und leiteten, sowie von Beamten und Gewerkschaftern, die von den zwei beschäftigungsorientierten Programmen profitierten. Die Regierung beschloss deshalb, das 30 Baht Programm durch Zusammenlegung der Mittel des Ministry of Public Health für öffentliche Krankenhäuser, anderer Gesundheitseinrichtungen und des *Low Income Card Scheme* sowie der Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln zu finanzieren. Dies konnte ohne Gesetzesänderung durchgeführt werden und ermöglichte die Vorbereitung und Diskussion neuer Gesetze. Das nationale Gesundheitssicherungsgesetz wurde vom Parlament im November 2002 verabschiedet und schuf neue Möglichkeiten, um die Qualität und finanzielle Ausstattung des Programms zu regulieren. Es sichert alle Nutzungsansprüche der Mitglieder der *Social Servants-* und *Social Security-* Programme, unterstellt ihre Finanzierung aber dem *National Health Security Office*, das das 30 Baht Programm leitet. Sollte es politisch möglich werden, erlaubt das Gesetz die zukünftige Verschmelzung der *Social Servants-* und *Social Security-* Programme in einem einzigen universalen Programm.

Für die Durchführung notwendige Bedingungen

In Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen stellt die Kapazität von Regierungen oft eine Schlüsselbeschränkung bei der Formulierung und Durchführung von politischen Reformen.²⁶ In Thailand waren vorherige Erfahrungen mit Investition in die Gesundheitsversorgung für die Durch-

²⁶ Mills A, Bennett S. Lessons on the sustainability of health care funding from low- and middle-income countries. In: Mossialos E, Dixon A, Figuras J, Kutzin J, eds. Funding health care: options for Europe. Milton Keynes: Open University Press, 2002: 206-25. Figueras J, Saltman RB, Rathwell T, Walt G. Implementing successful health care reforms: minding the process. In: Mills A, ed. Reforming health sectors. London: Kegan Paul, 1999: 246-60.

führung des Universaldeckungsprogramms wesentlich. Über mehrere Jahrzehnte war eine umfassende Deckung der Gesundheitsausgaben durch die Entwicklung entsprechender Strukturen in den ländlichen Gegenden Thailands erreicht worden, in denen zwei Drittel der Bevölkerung leben. Obwohl Mehrzahl der (öffentlichen und privaten) Betten und Ärzte in Bangkok konzentriert ist, haben mehrere aufeinander folgende Regierungen Grundgesund-

heitsversorgungszentren (die über keine Ärzte oder Betten verfügen) in allen Nebenbezirken und Gemeinschaftskrankenhäuser (mit 10-120 Betten) in mehr als 90% der Hauptbezirke aufgebaut. Außerdem ermöglichte ein effizientes Verwaltungssystem, dass 45 Millionen Menschen innerhalb von vier Monaten für das Universaldeckungsschema offiziell registriert werden konnten.

Übersicht 1: Öffentliche Risikoschutzprogramme

Civil servants medical benefit scheme - eingeführt in den 1960ern für Beamte und ihre Angehörigen;

Low income card scheme - eingeführt in den 1970ern; kostenlose Versorgung für Familien und Personen mit niedrigen Einkommen, ältere Menschen, Kinder unter 12 Jahren und Menschen mit Behinderungen;

Voluntary health card scheme – überwiegend ländlich; eingeführt in den 1980ern und zu gleichen Teilen finanziert durch Haushaltsanpassungen und Zahlungen des *Ministry of Public Health*;

Social security scheme – eingeführt in den 1990ern; schützt nur Beschäftigte und ist für alle privaten Firmen mit mehr als einem Angestellten obligatorisch.

Erfahrungen waren auch bei der Verwaltung der Versicherungsprogramme gewonnen worden, besonders hinsichtlich der Zahlungsmechanismen in städtischen Bereichen, wo eine Anbieterwahlmöglichkeit besteht. Obwohl rückblickend die Zuzahlung für Gesundheitsdienstleistungen im *Civil servants medical benefit scheme* zu gesteigerten Kosten führte, stellte das Sozialversicherungssystem ein erfolgreiches Kopfsteuermodell dar.²⁷ Angestellte wählen dabei ein öffentliches oder privates Krankenhaus, das eine jährliche Kopfsteuerzahlung erhält und Sofortversorgung bietet oder aber an einen Hauptversorger weiterleitet. Der Kopfsteueransatz ermöglichte die Entwicklung von konkurrierenden Anbieternetzen und die darin enthaltenen Kosten ließen immer noch die Wahl zwischen privaten und öffentlichen Anbietern zu (der Marktanteil des öffentlichen Sektors fiel von 83% 1991 auf 41%

2001). Das *Low income card scheme* ermöglichte Erfahrung mit der Ressourcenumlage und der auf einzelnen Krankheitsfällen basierenden Finanzierung in ländlichen Gegenden. Innerhalb dieses Programms wurde ein globaler Haushaltsplan, basierend auf der Zahl der registrierten Nutzer und nach den jeweiligen Gesundheitsbedürfnissen gewichtet, an die Provinzen verteilt. Eine Rückversicherungsprämie von 2,5% wurde von den Umlagen abgezogen, um Gesundheitsdienste über Provinzgrenzen hinweg und kostenintensive Behandlungen für Patienten zu finanzieren. Krankenhäuser wurden auf pro Kopf- oder (gewichteten) Gruppenbasis bezahlt.

Während der 1990er war die Forschungskapazität in Gesundheitswirtschaft und -finanzierung durch Doktorstudien und Arbeitsplatzausbildung systematisch im *Health Systems Research Institute* aufgebaut worden. Durch die Verbindung von Forschung und Politik konnte so eine Basis für die Formulierung einer auf fundierten Kenntnissen beruhenden Gesundheitspoli-

²⁷ Mills A, Bennett S, Siriwanarangsun P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. *Health Policy* 2000;51: 163-80.

tik geschaffen werden. Außerdem waren Befürworter einer öffentlichen Gesundheitsversorgung und Mitarbeiter in leitenden Funktionen der Bürokratie in der Lage, politische Zielsetzungen zu formulieren und in wirksamen Aktionen umzuset-

zen. Es ist jedoch immer noch unklar, ob der Umfang der von der thailändischen Regierung begonnenen Reform mit den zur Verfügung stehenden seiner Kapazität handhabbar ist.

Übersicht 2: Schlüsselpunkte der Gesundheitsvorsorge unter dem 30 Bath-Programm

- Die Vertragsnehmereinheit für die Hauptversorgung wird von der Provinz vertraglich verpflichtet, der Hauptanbieter für die Gesundheitsversorgung der offiziell registrierten Bevölkerung zu sein; Personen müssen sich dort registrieren.
- Hauptversorgungseinheiten (Ärztzentren und Einheiten, die in Krankenhäusern aufgestellt sind, um Hauptversorgung zu liefern) sind dazu eingeteilt, Hauptgesundheitsversorgung zu leisten.
- Ein typisches ländliches Netz von Vertragsnehmern umfasst ein Bezirkskrankenhaus mit allen Ärztzentren im Bezirk. In städtischen Bereichen ist es das Provinz- oder tertiäre Krankenhaus mit mehreren städtischen Ärztzentren.
- Die Vertragsnehmereinheit erhält ein Pro-Kopf Budget, um umfassende Hauptversorgendienstleistungen für die offiziell registrierte Bevölkerung zu erbringen.
- Patienten können entweder auf die Ärztzentren oder das Krankenhaus zugreifen, welche mit ihrer Vertragsnehmereinheit verbunden sind. Empfehlungen in andere Krankenhäuser können ebenfalls stattfinden.
- Stationäre Patientenversorgung wird von einem Provinzbudget, basierend auf der Gewichtung der Diagnosegruppe und angepasst an den jeweiligen Standort (z. B. Gemeinschaft oder provinzielles Krankenhaus), zurückerstattet.
- Patienten, die nicht ihre zugeteilten Versorgungseinheiten beanspruchen, müssen die Kosten selber tragen.

Die Kosten der allgemeinen Behandlung

Die finanziellen Auswirkungen der Universalbehandlung und der Einrichtung von Kopfsteuern zu schätzen, war jedoch umstritten.²⁸ Einige Analysten schlagen eine Kopfsteuer in Höhe von 1.500 Baht vor.²⁹ Im Finanzjahr 2002 legte die Regierung einen Pro-Kopf-Betrag von 1202 Baht (vgl. bmj.com für die Berechnungsdetails) zu

Grunde. Ein Betrag von 1.414 Baht wurde für 2003 angesetzt. Ein Schlüsselproblem bei der Festlegung der Kopfsteuer war es abzuschätzen, in welchem Umfang die Patienten ihre amtlich eingetragenen Versorgungseinheiten anstatt einer anderen verwenden (in welchem Fall sie selber bezahlen müssen). Die Schätzung für 2003 nahm einen Anteil von 85% für ambulante Patienten und 100% für stationäre Patienten an. Diese Anteile haben auch Auswirkungen auf die Einnahmen der öffentlichen Krankenhäuser aus den Benutzergebühren. Bevor eine universelle Deckung eingeführt wurde, erzielten öffentliche Krankenhäuser 20-50 % ihrer Einkünfte aus Nutzergebühren. Das gesamte Gesundheitsbudget für 2002 betrug dabei 51 Milliarden Baht. Vergleichbare Zahlen für die Ausgaben in früheren Jahren sind schwierig zu

28 Tangchareonsathien V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tisayatikom K. Respond to observation on the weakness of 1202 baht [letter, in Thai]. *J Health Sci* 2002;11: 759-66.

Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tisayatikom K, Tangchareonsathien V. Capitation rate of the universal health care coverage for the fiscal year 2546 (2003AD) [in Thai]. *J Health Sci* 2002;11: 599-613.

²⁹ Health Systems Research Institute. Towards universal health care coverage in Thailand. A working group report [in Thai]. Bangkok: HSRI, 2002.

erhalten, aber die Ausgaben haben nicht in demselben Maß wie die Zahl der Nutzer. Die Pro-Kopf-Umlagen für 2002 und 2003 führten dazu, dass viele Provinzen und Krankenhäuser Defizite in ihren Haushalten ausweisen. Dies spiegelt zum Teil das bisherige, in Relation zur Bevölkerungszahl, geographische Ungleichgewicht in der Finanzierung wieder. Anstatt die neue Formel stufenweise einzuführen, wurde ein Eventualitätsfond von 10% (5 Milliarden Baht) festgelegt, um die Krankenhäuser im Jahr 2002 zu entlasten. Jedoch wurde wegen Finanzeinschränkungen und Hinweisen auf eine geringe Einhaltung der universellen Deckungsgrenzen für 2003 kein Eventualitätsfond geplant. Es ist zu früh um sagen zu können, ob dies Anlass zu Problemen gibt. Die tertiären Krankenhäuser waren von der finanziellen Umverteilung besonders betroffen. Obwohl eine spezielle Rückstellung gemacht wurde, könnte ein separater Finanzierungsstrom für Lehr- und Forschungstätigkeiten erforderlich sein. Wenn das Universaldeckungsprogramm völlig von einer allgemeinen Besteuerung abhängt und die Kopfsteuer nicht angepasst wird, um Kosten der Nutzung zu reflektieren, könnte sich die Qualität der Versorgung ebenso wie das Vertrauen in das Programm verschlechtern. Verschiedene Optionen sind denkbar, um dem erzeugten finanziellen Druck zu begegnen. diese beinhalten:

- Änderungen des Nutzenpakets (dies wäre jedoch politisch schwierig);
- Das Eintreiben von Beiträgen der Nutznießer durch höhere Selbstbeteiligung (für Nutzer mit höheren Einkommen oder für einige Dienstleistungen) oder von Sozialversicherungsbeiträgen oder separaten Steuern (das nationale Gesundheitssicherungsgesetz bietet hierfür Grundlagen);
- Die Ausdehnung des Sozialversicherungsplans auf Ehepartner und Abhängige, um so die Zahl der vom 30 Baht Programm Profitierenden zu reduzieren.

Stärkung der primären Behandlung

Das Universaldeckungsprogramm kombiniert Kopfsteuerfinanzierung mit Mitteln der Hauptversorgung, um die Kosten unter Kontrolle zu halten. Eine typische Provinz wird fünf bis sieben Bezirksversorgungsnetze haben, jedes geführt von einer Vertragsnehmereinheit (vgl. Übersicht 2) mit einem oder zwei Netzpunkten in der Provinzhauptstadt. Dies stellt einen radikalen Wechsel der Sozialversicherung dar, die große Krankenhäuser (mit mehr als 100 Betten) als Hauptvertragsnehmer vorsieht. Als die Sozialversicherung eingeführt wurde, wurde primäre Heilbehandlung im Wesentlichen in Krankenhausambulanzen oder von Regierungsärzten angeboten, die gleichzeitig in privaten Kliniken arbeiteten.³⁰

Für das Krankenhaus-dominierte thailändische Gesundheitssystem stellt der Fokus auf Grundversorgung einen radikal neuen Ansatz dar. Zu den Anfangsproblemen gehörten die Knappheit an Ärzten, um Grundversorgungseinheiten mit Personal zu besetzen und eine Rotation von Krankenhausärzten zu ermöglichen, aber auch eine geringe Aufmerksamkeit gegenüber der Bedeutung von Präventiv- und Gesundheitsförderungsdienstleistungen. Hochrangige Politiker sind bisher jetzt nicht bereit gewesen, die notwendigen Mechanismen zur Leitung von Mitarbeitern umzusetzen, um so die Reformen zu unterstützen. Große Aufmerksamkeit wurde weder auf die Rolle der Provinzen bei der Beschaffung und Überwachung der Versorgungsqualität noch darauf gerichtet, den Menschen eine Auswahl an Vertragsnehmern zu bieten. Eine eingeschränkte private Beteiligung wird sogar in städtischen Bereichen erlaubt, wo ein großer privater Sektor existiert.

³⁰ Mills A, Bennett S. Lessons on the sustainability of health care funding from low- and middle-income countries. In: Mossialos E, Dixon A, Figuras J, Kutzin J, eds. Funding health care: options for Europe. Milton Keynes: Open University Press, 2002: 206-25.

Nützt die Reform den richtigen Leuten?

Vor den aktuellen Reformen war das thailändische Gesundheitssystem offensichtlich ungerecht strukturiert. Öffentliche Ausgaben (für Gesundheit, Bildung und öffentliche Infrastruktur) kamen eher Familien mit mittlerem Einkommen als denen mit geringem Einkommen zugute, und zwar wegen deren größeren Inanspruchnahme öffentlicher Dienstleistungen³¹, wegen der starken Abhängigkeit von Nutzergebühren, aber auch wegen der ungerechten Struktur öffentlicher Subventionen.³² Eine neue Studie zeigt dagegen, dass Ausgaben für Bezirkskrankenhäuser ärmeren Leuten eher nützen, als Ausgaben für Provinz- und Tertiärkrankenhäuser.³³

Eine kurz nach Einführung der Universaldeckung herausgegebene Studie fand heraus, dass Menschen im niedrigsten Einkommensfünftel 7,5% ihrer Gelder für Gesundheit ausgaben, verglichen mit durchschnittlich 1,6% und 0,1% für Personen im *Civil servants medical benefit scheme* und *Social security scheme*. Dies lässt vermuten, dass das Programm noch keinen wirksamen finanziellen Schutz gewährleistet hat.³⁴

Die Zustimmung zum Programm ist gering (vgl. Tabelle A auf bmj.com). Eine mögliche Erklärung ist, dass das System den Menschen keinen Zugang zu ihren bevorzugten Versorgungsanbietern ermöglicht. Jedoch sind die Zustimmungsraten höher als in den vorherigen Jahren der Sozialversicherung und zeigen einen zufriedenstellenden Anstieg, was vermuten lässt, dass reichere Bevölkerungsgruppen sich selbst aus dem Universalprogramm heraus nehmen.

³¹ Patmasiriwat D. Fiscal analysis: tax incidence and benefit incidence from government spendings [in Thai]. *Thai J Dev Admin* 2003;43: 23-71.

³² Tangchareonsathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? *Soc Sci Med* 1999;48: 913-24.

³³ P Hanvoravongchai et al, Dokument, veröffentlicht bei der Manila Besprechung, Mai 2003.

³⁴ Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawatt S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P. Sustainable universal health coverage: household met need [in Thai]. Phitsanulok, Thailand: Centre for Health Equity Monitor, Naresuan University, 2002.

Außerdem war es bisher Routine, die Grundversorgung durch die Nutzung tertiärer Provinzkrankenhäuser zu umgehen, und es braucht Zeit, um langfristiges Vertrauen in die Qualität der Grundversorgung zu gewinnen. Ein Bericht des *Ministry of Public Health* stellt fest, dass die Zahl der ambulanten Versorgungen seit Beginn des Programms in tertiären Provinzkrankenhäusern zurückgegangen ist.³⁵

Schlussfolgerungen

Die thailändische Politik verfolgt eine von hohen politischen Zielen angetriebene Reform und verbindet in sich viele innovative Merkmale. Jedoch hat der Ansatz viele problematische Nebenwirkungen mit sich gebracht, so u.a. die Steuerung der Reform im Gesundheitssystem durch wechselnde Finanzierungsmechanismen. Eine fortgesetzte Schwerpunktsetzung auf Überwachung, Auswertung und Forschung wird bei der Feineinstellung der Reformen wichtig sein. Möglicherweise müssen größere Änderungen berücksichtigt werden, wenn die Politik fortgesetzt werden soll. Diese umfassen größere Wahlmöglichkeiten für Patienten, größere Chancen und Möglichkeiten im Bereich der privaten Beteiligung und der Konkurrenz in städtischen Bereichen, Stärkung des ländlichen Bezirksgesundheitssystems durch adäquate medizinische Mitarbeiter, die Sicherstellung nationaler Schlüsselfunktionen wie Lehre und Forschung und die Ausdehnung der Finanzierung über eine allgemeine Besteuerung hinaus.

³⁵ Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawatt S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P. Sustainable universal health coverage: household met need [in Thai]. Phitsanulok, Thailand: Centre for Health Equity Monitor, Naresuan University, 2002.

Zusammenfassung

Thailand verband die Einführung des Universalzugangs zu bezuschusster Gesundheitsversorgung mit einer radikalen Änderung in der Finanzierung, von städtischen Krankenhäusern weg zur Grundversorgung.

Die Durchführung wurde durch politische Erfahrung mit vorhandenen Gesundheitsprogrammen erleichtert.

Die Neuausrichtung von Geldern zur Grundversorgung war für viele Krankenhäuser mit großen Defiziten verbunden.

Mitarbeiter müssen zu den Grundversorgungseinheiten verlegt werden, die personell immer noch unterentwickelt sind.

Patienten sind daran gewöhnt, auf Behandlungen der Krankenhäuser zuzugreifen und ihren Versorgungsanbieter frei zu wählen.

Vertrauen in die Grundversorgung braucht Aufbau/Stärkung und es kann sein, dass das Programm modifiziert werden muss, um mehr Wahlmöglichkeit zu erlauben und mehr Finanzmittel aufzubringen.

Übersetzung: Sabine Rosemann

V. Medizinische Versorgung im ländlichen China

Wei Zhang

Die soziale Sicherung auf dem Lande Chinas steht vor großen Herausforderungen. Der wirtschaftliche, demographische und soziale Wandel wirkt sich maßgeblich auf die ländliche soziale Sicherung aus. *Einerseits* wurden die finanziellen und organisatorischen Grundlagen kollektiver Dienstleistungen beseitigt. Dadurch befindet sich die kommunale Sozial- und Wohlfahrtsarbeit in einem desolaten Zustand und das *kooperative medizinische Versorgungssystem* ist fast überall zusammengebrochen. *Andererseits* werden die Funktionsfähigkeit der Familie bzw. des gepachteten Bodens als Elemente sozialer Sicherung abgeschwächt. Die traditionelle Vorstellung des Generationenvertrages verliert tendenziell ihr Fundament. Das heißt, die *Alterssicherung durch die Familie* wird in Frage gestellt. Gleiches gilt für die *Sicherung durch den gepachteten Boden*. Seit 1996 haben die andauernd niedrigen Verkaufspreise der landwirtschaftlichen Produkte und die hohen Produktionskosten zum niedrigen Erlös der Landwirtschaft geführt. Zudem empfinden die meisten Bauern die immer höhere Besteuerung des Bodens als große Belastung. Unter diesen Umständen ist also die Sicherungsfunktion des Bodens stark gesunken.

Das „*Problem der san nong*“, nämlich das Problem der Bauern, das Problem der Landwirtschaft sowie das Problem des Landes, insbesondere die Armut und schlechte medizinische Versorgung auf dem Lande, gehören zu den großen sozialen Brennpunkten Chinas. Der sozioökonomische Wandel erfordert strukturelle Veränderungen der sozialen Sicherung. Seit Mitte der 80er Jahre entwickelten sich auf dem Land hauptsächlich folgende neue Formen der sozialen Sicherung:

- ländliche soziale Rentenversicherung,
- neue kooperative medizinische Versorgung,
- Sicherung des Existenzminimums auf dem Lande sowie

- Sparvereine für gegenseitige Hilfe.

Im Folgenden wird die Reform der medizinischen Versorgung in den ländlichen Regionen Chinas genauer erläutert.

Die kooperative medizinische Versorgung auf dem Land – deren Zusammenbruch und Konsequenzen

Das ländliche kooperative medizinische Versorgungssystem, bestehend aus „Barfußärzten“ und kooperativem Gesundheitsdienst, hatte den Bauern eine primäre medizinische Versorgung gewährleistet und galt als Vorbild für andere Entwicklungsländer. Mit der Dekollektivierung der Landwirtschaft seit den 80er Jahren brach dieses System zusammen.

Die *Konsequenzen* der Auflösung der kollektiv wirtschaftlichen Organisationen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Funktion des ländlichen dreistufigen Netzes zur Prävention und Gesundheitserhaltung wurde geschwächt.
- Die medizinische Versorgung auf den unteren Ebenen hat sich verschlechtert. Gesundheitsstationen auf der Dorfebene wurden privatisiert.
- Die Kosten für Arzneimittel sind gestiegen.

Die Krankenhäuser auf der Kreisebene, Gesundheitsstationen auf der Gemeindeebene und auf der Dorfebene bildeten das ländliche dreistufige Netz zur Prävention und Gesundheitserhaltung. Dabei war die medizinische Versorgung auf den zwei unteren Ebenen (Gemeinde und Dorf) finanziell und personell ausschließlich auf kollektive lokale Quellen angewiesen und wurde daher von der Dekollektivierung der Landwirtschaft unmittelbar betroffen. „Während Kreiskrankenhäuser weiterhin staatliche Mittel erhielten und personelle und technische Verbesserungen durchführen konnten, wurden der kooperativen medizinischen Versorgung auf der Gemeinde- und Dorfebene wichtige Res-

ourcen entzogen“ (zitiert nach Krieg/Schädler 1995, S. 188). Immer mehr *Gesundheitsstationen in den Dörfern* sind auf Gebührenerhebungen angewiesen, 50 Prozent der Stationen sind *privatisiert* worden. In den privaten Praxen lässt sich die heutige Situation wie folgt charakterisieren: Häuser aus den 50er Jahren, medizinische Einrichtungen aus den 60er Jahren und „Barfußärzte“ aus den 70er Jahren. Die Dorfärzte sind normalerweise nur in den Bereichen Hygiene, Prävention und einfache Heilung tätig. Außer bei kleinen Krankheiten überweisen sie die Patienten zum großen Teil an weiterführende Einrichtungen. Statt sich in der Gemeindegemeindeklinik behandeln zu lassen, gehen die überwiesenen Patienten direkt zum Kreiskrankenhaus, weil das Versorgungsniveau auf der Gemeindeebene nicht besser ist, als das im Dorf. Das ist für die Bauern mit großem Zeit- und Kostenaufwand verbunden, da sie meistens weit entfernt von der Kreisstadt wohnen.

Infolge des unstandardisierten Arzneimittelmarktes und der Korruption beim Arzneimittelhandel werden von privaten Praxen willkürlich hohe Gebühren erhoben. Die Bauern klagen über teure Medikamente, denn sie sind im Krankheitsfall ausschließlich auf eigene Geldmittel angewiesen. Besonders die Bauern mit niedrigem Einkommen können die steigenden medizinischen Ausgaben nicht mehr tragen. Nach Angaben der Zeitung „Zhongguo jingjishibao“ sind die ländlichen medizinischen Ausgaben von 1991 bis 2001 jährlich um 12,8 Prozent gestiegen, während die Wachstumsrate des Einkommens der Bauern im gleichen Zeitraum nur 7,7 Prozent betrug. Von 1990 bis 1999 sind die durchschnittlichen Kosten pro Bauer und pro Behandlung bzw. pro stationären Aufenthalt jeweils von 10,9 Yuan bzw. 473,3 Yuan auf 79 Yuan bzw. 2.891 Yuan gestiegen. 1998 verzichteten in armen ländlichen Regionen aufgrund finanzieller Schwierigkeiten 40-50 Prozent der Kranken auf einen erforderlichen stationären Aufenthalt (Zhongguo jingjishibao 27.05.2003) und 36 Prozent auf einen Arztbesuch (vgl. Zhu 2001). Unbehandelte Krankheiten können

Behinderungen zur Folge haben, welche in Armut enden.

Die *staatlichen Investitionen* in das ländliche öffentliche Gesundheitswesen, besonders in die Gemeinde- und Dorfgesundheitsstationen, waren und sind sehr *ungenügend*. Von 1991 bis 2000 sind der Anteil der staatlichen Investitionen für die medizinische Versorgung auf dem Land von 12,5 auf 6,6 Prozent und der Anteil der kollektiven Investitionen von 6,7 auf 3,3 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum hingegen ist der Anteil der Ausgaben der Bauern von 80,7 auf 90,1 Prozent gestiegen. Zudem ist die Verteilung des staatlichen Budgets für medizinische Versorgung zwischen Stadt und Land extrem ungerecht. Zwischen 1991 und 2000 hat die ländliche Bevölkerung, welche 60-70 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht, nur 32 bis 33 Prozent der gesamten Ausgaben für medizinische Versorgung aufgewendet. Im Jahr 2000 betrug z.B. die durchschnittlich aufgewendete Summe pro Landbewohner 188,6 Yuan, während die Summe pro Stadtbewohner hingegen bei 710,2 Yuan lag (Zhongguo jingjishibao 27.05.2003).

Infolge mangelnder finanzieller Mittel können viele öffentliche medizinische Institutionen nur durch Gebührenerhebung die Kosten abdecken. Dies führt unmittelbar zur *Verschlechterung der Gesundheitssituation*. Die Impfplanung sowie die präventiven und gesundheitserhaltenden Maßnahmen für Mütter und Kinder werden vernachlässigt. Als Folge verlangsamt sich der Rückgang der Säuglingssterblichkeit (2000: 3,7 Prozent) und der Sterblichkeit der Frauen bei der Geburt (2000: 69,6/100.000). Infektionskrankheiten, die bereits ausgerottet schienen, tauchen wieder auf und breiten sich sogar aus, z.B. Bilharziose, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und Hepatitis. Gleiches gilt auch für chronische nicht ansteckende Krankheiten wie Zucker, Bluthochdruck und Krebs (vgl. Zhu 2002 a). Besonders besorgniserregend ist, dass es bis Juni 2002 landesweit eine Million HIV-Infizierte gab. 70-80 Prozent davon kommen vom Land (Nanfeng dushibao 01.12.2002).

Wiederbelebung der kooperativen Strukturen

Diese Entwicklung wurde auch von der Zentralregierung wahrgenommen. Der Vizeministerpräsident Li Lanqing geht davon aus, dass das gegenwärtige mangelhafte Gesundheitswesen auf dem Lande sowie der immer größere werdende Unterschied des medizinischen Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land die landwirtschaftliche Entwicklung und die soziale Stabilität stark negativ beeinflussen (China Daily 01.11.2002). Seit Anfang der 90er Jahre bemüht sich der Staat, einerseits die ländliche Gesundheitssituation auf den Basisebenen zu verbessern und andererseits die Krankenversicherung in wirtschaftlich entwickelten Regionen aufzubauen. Dabei wird versucht:

- die kooperative medizinische Versorgung auf der Dorfebene wiederzubeleben,
- Hilfsmaßnahmen zur medizinischen Versorgung für Armutsfamilien zu ergreifen,
- das dreistufige Vorsorge- und Gesundheitserhaltungsnetz auf der Kreis-, Gemeinde- und Dorfebene zu festigen und
- die staatlichen Gesundheitsstationen auf der Dorfebene wieder aufzubauen.

Staatliche Bestrebungen zur *Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung* in den Dörfern setzten 1993 ein. 1994 wurde unter der Zusammenarbeit des Forschungsbüros des Staatsrats, des Gesundheitsministeriums, des Landwirtschaftsministeriums sowie der UN-Gesundheitsorganisation das Projekt „Reformen der ländlichen kooperativen medizinischen Versorgung“ in 27 Provinzen und 14 Kreisen eingeführt. Bis 1997 konnte die kooperative medizinische Versorgung in manchen Regionen zum Teil wieder belebt werden. Im „Beschluss über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens“ des Staatsrats (15.01.1997) wurde festgelegt, „die kooperative medizinische Versorgung aktiv und stabil zu entwickeln und zu vervollkommen.“ Die Einzelperson finan-

ziert ihre medizinische Versorgung zum großen Teil selbst, das Kollektiv leistet einen Zuschuss und der Staat entsprechende Unterstützung. Um diesen Beschluss durchzusetzen, haben das Gesundheitsministerium und andere Ministerien gemeinsam dem Staatsrat im März 1997 „Vorschläge zur Entwicklung und Vervollkommnung der ländlichen medizinischen Versorgung“ unterbreitet, welche vom Staatsrat bewilligt wurden. Damit erreichte die Wiederbelebung der ländlichen medizinischen Versorgung ihren Höhepunkt.

Die einzelnen regionalen Krankenversicherungsprogramme sind je nach Wirtschafts- und Einkommensniveau sehr unterschiedlich. In den zehn wohlhabenden Kreisen in der Umgebung von Shanghai sind die Bauern zum großen Teil am kooperativen medizinischen System beteiligt. Dort bezahlt jeder Bauer jährlich 100 Yuan und die lokale Regierung leistet 20 Yuan Zuschuss pro Bauer und Jahr. 50-60 Prozent der Behandlungskosten für 120-150 verbreitete Krankheiten werden erstattet. Bei Behandlungskosten über 5.000 Yuan werden 45-70 Prozent erstattet. Zurzeit beträgt die höchste Erstattungssumme 50.000 Yuan. Es wird angestrebt, dass bis 2005 das kooperative medizinische System 95 Prozent der drei Millionen Bauern in den zehn Kreisen von Shanghai abdeckt (Xinhuaawang 27.12.2002).

Um das Problem der hohen Kosten bei schweren Krankheitsfällen zu lösen, wird in den Provinzen Anhui und Zhejiang ein kooperatives medizinisches System aufgebaut, welches eine „*Versicherung für schwere Krankheitsfälle*“ beinhaltet. Hierfür wurde ein Fonds eingerichtet, in welchen die einzelnen Personen Beiträge einzahlen und die lokalen Regierungen (Dorf und Gemeinde) einen Zuschuss leisten. Die Einzelheiten der Programme von jeweils drei Kreisen der Provinz Anhui und einem Kreis der Provinz Zhejiang werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Beispiele für ländliche kooperative medizinische Systeme mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle 1997-2002

| Ort | Beitrags- satz des Versicher- ten (pro Jahr) | Zuschuss der lokalen Regierungen (pro Person im Jahr) | Kostenübernahme |
|--|--|---|---|
| Kreis Wangjiang in der Provinz Anhui (seit Okt. 1999) | 2,5 Yuan | keine Angaben | Erstattungen: 20-50 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 500-4.000 Yuan |
| Gemeinde Donggang und Gemeinde Hua- gang im Kreis Feixi der Provinz Anhui (seit Aug. 2001) | 8 Yuan | 2 Yuan | Erstattungen: 30-40 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 501-10.000 Yuan, kosten- lose Gesundheitsuntersu- chung in der Gemeindege- sundheitsstation |
| Gemeinde Shuidong in der Stadt Xuan- zhou der Provinz Anhui (seit Herbst 1997) | 5 Yuan | 1 Yuan jeweils von der Gemein- deregierung und dem Dorfbewoh- nerkomitee | Erstattungen: 15 % der Behandlungskosten für schwere Krankheitsfälle in Höhe von über 1.000 Yuan |
| Kreis Shaoxing in der Provinz Zhejiang (seit Juli 1997) | 20 Yuan | 2 Yuan jeweils von der Kreis-, Gemeinderegie- rung und dem Dorfbewohner- komitee | Erstattungen: 20-50 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 2.000-10.000 Yuan |

Quellen: Xinhua wang, Anhuipindao 12.11.2002; vgl. Zhu 2000 a/2002.

Die Ziele wurden nicht erreicht

Im Allgemeinen hat sich die Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung jedoch nicht so entwickelt wie es die Regierung erwartet hatte. Nach Angaben der Zeitschrift „Gesundheitswirtschaft in China“ (2000, Nr. 5) deckte das kooperative medizinische System auch im Höhepunktjahr 1997 nur 17 Prozent aller Dörfer Chinas ab. Nur 9,6 Prozent der Bauern waren daran beteiligt. Diese Dörfer konzentrieren sich vor allem in den wirtschaftlich entwickelten und wohlhabenden Ost- und

Küstenregionen. Infolge der Verlangsamung des ländlichen Wirtschafts- und des Einkommenswachstums ist die kooperative medizinische Versorgung erneut zusammengebrochen (Tabelle 2). Zurzeit deckt sie nur 6-7 Prozent der ländlichen Bevölkerung ab. Dies beweist das Scheitern der Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung. Das Ziel, bis 2000 50-60 Prozent der ländlichen Bevölkerung mit dem kooperativen medizinischen System abzudecken, wurde nicht erreicht.

Tabelle 2: Deckungsquote der kooperativen medizinischen Versorgung gemessen an der gesamten ländlichen Bevölkerung 1993 und 1998 (in %)

| | Landesweit | Kleinwohlstands-Regionen | wohlhabende Regionen | Satt-Essen-Regionen | Armutsgeregionen |
|------|------------|--------------------------|----------------------|---------------------|------------------|
| 1993 | 9,91 | 29,11 | 9,16 | 0,77 | 1,02 |
| 1998 | 6,61 | 22,37 | 3,64 | 1,62 | 1,83 |

Quellen: Das Gesundheitsministerium 1990/1999.

Anmerkung: Die Begriffe "Kleinwohlstand" und "Wohlstand" basieren auf den Definitionen der UNO. Nach dieser Definition gilt der Engel-Koeffizient, also der Anteil der Lebensmittelausgaben an den gesamten Haushaltsausgaben, als Maßstab für das Lebensniveau eines Landes. Bei einem Engel-Koeffizient von über 60 Prozent gilt das Lebensniveau als arm, bei 50-60 Prozent als ausreichend, bei 40-50 Prozent als **Kleinwohlstand** und unter 40 Prozent als **Wohlstand**. Die Begriffe "Satt-Essen-Regionen" und "Armutsgeregionen" sind auf die Definition nach chinesischen Verhältnissen zurückzuführen: Bei „**Satt-Essen-Regionen**“ handelt es sich um Regionen, in denen ausreichend Nahrungsmittel und Kleidung sichergestellt werden können, während "**Armutsgeregionen**" Kreise bezeichnet, deren jährlichen Pro-Kopf-Einkommen unter der Armutsgrenze liegt. Diese Armutsgrenze wird jedoch nach den chinesischen Verhältnissen festgelegt, ist von Zeit zu Zeit unterschiedlich.

Die *Ursachen für dieses Scheitern* sind vielfältiger Natur. Dazu gehört z.B. das fehlende Vertrauen der Bauern in die Regierung, das mangelhafte Versicherungsbewusstsein der Bauern, die schwache Tragfähigkeit der Fonds wegen ihres geringen Deckungsbereichs und die komplizierte Verwaltung der Fonds. Hauptursache ist allerdings die *fehlende finanzielle Unterstützung des Staates*. Die staatliche Subvention für die kooperative medizinische Versorgung betrug 1979 landesweit 100 Millionen Yuan. Bis 1992 ist sie auf 35 Millionen gesunken (durchschnittlich 0,04 Yuan pro Bauer). Dies entsprach nur 0,36 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens (Zhongguo nongye xinxiwang 21.01.2003). Die Fonds werden hauptsächlich von lokalen Regierungen (Kreis, Gemeinde und Dorf) bezuschusst, deren finanzielle Budgets sehr begrenzt sind. In wirtschaftlich nicht entwickelten Regionen sind viele Kreise oder Gemeinden nicht in der Lage, den Zuschuss dauerhaft zu leisten. Ohne die Mittel des Staates müssen sie das kooperative medizinische System aufgeben.

In den wirtschaftlich entwickelten und wohlhabenden Regionen sind die kommer-

ziellen Versicherungen wie *PICC* (People's Insurance Company of China), *Ping'an* und *Taipingyang* seit längerem am Aufbau ländlicher Krankenversicherungen aktiv beteiligt. Sie unterhalten Verträge mit einzelnen ländlichen Betrieben, Gemeinden und Dörfern. So schlossen z.B. viele wohlhabende Bauern im Kreis Shaoxing der Provinz Zhejiang einen Vertrag zur Krankenhausversicherung mit der Zweiggesellschaft der PICC in Shaoxing ab. Die größten Versicherungsnehmer dort sind die Grund- und Mittelschulen. Sie schlossen für alle Schüler eine kollektive Krankenhaus- und Unfallversicherung ab und zahlen 35 Yuan pro Schüler und pro Jahr (vgl. Zhu 2002 a). Zurzeit bieten die kommerziellen Versicherungen hauptsächlich drei Versicherungen in den ländlichen Gebieten an: eine Krankenversicherung für schwere Krankheitsfälle, eine Unfallversicherung sowie eine Unfall- und Krankenhausversicherung für Schüler. Landesweit sind zehn Prozent der Bauern versichert. Die Versicherten können sich nur im Kreiskrankenhaus behandeln lassen. Diese Beschränkung ist für die Bauern ungünstig, da sie meist weit entfernt von der Kreisstadt wohnen.

Um die medizinische Versorgung der Armutsfamilien zu gewährleisten, haben viele Kreise in den wohlhabenden Regionen ein *Hilfssystem zur medizinischen Versorgung* aufgebaut. Zum Beispiel im Kreis Shaoxing der Provinz Zhejiang zahlen Kreis-, Gemeinderegierung und Dorfbewohnerkomitee gemeinsam jährlich einen Zuschuss von sechs Yuan pro Person in einen Fonds. Die Bauern müssen keinen Beitrag leisten. Folgende Zielgruppen werden durch den Fonds unterstützt:

- Familien mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze,
- Familien in finanziellen Schwierigkeiten, deren einmalige Kosten beim stationären Aufenthalt über 10.000 Yuan liegen bzw. deren gesamte Kosten beim stationären Aufenthalt im Jahr über 15.000 Yuan betragen sowie
- alte Bauern über 70 Jahre in stationärer Behandlung (vgl. Zhu 2002 a).

Deren Kosten werden bis zu 50 Prozent erstattet. Diese Hilfsmaßnahme richtet sich an sozial schwache Gruppen auf dem Lande und leistet offensichtlich einen großen Beitrag zur Armutsbekämpfung und Erhaltung der sozialen Stabilität.

Wiederentdeckung der Dorfebene

Um das Problem der schlechten medizinischen Grundversorgung und der hohen Arzneimittelkosten zu lösen, wird seit Anfang der 90er Jahre in den Ost- und Küstenregionen versucht, die *staatlichen Krankenstationen auf der Dorfebene wieder aufzubauen*. Da die Mehrheit der Bauern im Dorf wohnt, sind die Krankenstationen auf der Dorfebene die am meisten frequentierten medizinischen Einrichtungen. Im Gegensatz zu privaten Krankenstationen verfügen die staatlichen Krankenstationen über Maßnahmen der Prävention und Gesundheitserhaltung. In den wohlhabenden Regionen wie z.B. der Stadt Zhongshan und Shunde der Provinz Guangdong wird das dreistufige Netz des öffentlichen Gesundheitswesens von der lokalen Regierung, der Dorfgemeinschaft und den ländlichen Betrieben finanziert. Dort wird in den

meisten Dörfern eine staatliche Krankenstation aufgebaut. Der Lohn des Dorfarztes, der normalerweise über 20.000 Yuan im Jahr beträgt, und die Arzneimittel werden von der Dorfgemeinschaft bezahlt. Im Kreis Lunjiao der Stadt Shunde hat man insgesamt fünf dörfliche Gesundheitsstationen aufgebaut. Jede Station ist für die medizinische Versorgung eines Gebietes von 1-2 Quadratkilometern mit 8.000-20.000 Bewohnern zuständig. Der Dorfbewohner kann also mit dem Fahrrad innerhalb von fünf Minuten die nächste Gesundheitsstation erreichen (vgl. Zhu 2000 b).

In manchen wirtschaftlich wenig entwickelten Regionen werden die staatlichen Gesundheitsstationen auf der Dorf- und Gemeindeebene durch die Unterstützung der Dorfbewohner wieder aufgebaut. In der Gemeinde Niugang (Kreis Yi, Provinz Hebei) zahlt jeder Dorfbewohner fünf Yuan im Jahr. Dieses Geld wird an die Gesundheitsstation der Gemeinde übergeben und von dieser verwaltet. Von der Gemeindegesundheitsstation werden staatliche Gesundheitsstationen in den Dörfern eingerichtet. Für je 500 Dorfbewohner wird ein Dorfarzt angestellt, dessen Monatseinkommen je nach Beschäftigungsdauer und Qualifikation bei 200-1.800 Yuan liegt. Die Einwohner, die den Beitrag geleistet haben, erhalten jeweils 50 Prozent Ermäßigung auf Untersuchungs- und Impfkosten sowie fünf Prozent auf die Kosten für Medikamente, wenn sie sich in den Dorf- oder Gemeindegesundheitsstationen behandeln lassen (vgl. Zhu 2000 b).

Stärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit

Das Jahr 2002 war ein Wendepunkt in der ländlichen Gesundheitspolitik. Am 29.10.2002 erließ der Staatsrat einen Beschluss über die weitere Stärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit. In diesem wurde festgelegt, dass ab 2003 ein *neues kooperatives medizinisches System mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle* aufgebaut wird. *Erstmalig* wird ein *staatlicher Zuschuss* von 10 Yuan pro Jahr

für jeden beteiligten Bauer in den Mittel- und Westregionen Chinas gewährt. In diesem Beschluss werden folgende Hauptziele festgelegt: Stärkung der staatlichen Investitionen im ländlichen Gesundheitswesen, Abbau der Unterschiede des medizinischen Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land, bis 2010 Aufbau des neuen kooperativen medizinischen Systems mit Versicherung für schwere Krankheitsfälle und Ergreifung von Hilfsmaßnahmen zur medizinischen Versorgung für Armutsfamilien. Präventionsarbeit bleibt ein Schwerpunkt. Bis 2010 sollen beispielsweise 75 Prozent der Gemeinden Präventions- und Gesundheitsberatung für HIV-Infizierte anbieten können. Jeder Bauer soll bis dahin eine primäre medizinische Versorgung genießen. Dafür müssen hauptsächlich folgende Schritte unternommen werden:

1. *Förderung des Aufbaus von ländlichen medizinischen Versorgungssystemen:* Bis 2010 soll die Aufbau- und Umbauarbeit für Kreiskrankenhäuser, Institutionen der Vorsorge und Gesundheitserhaltung sowie für Gemeindegesundheitsstationen beendet werden. Im Prinzip wird jede Gemeinde eine Gesundheitsstation besitzen. Durch eine fünfjährige bzw. dreijährige medizinische Ausbildung jeweils nach dem Mittelschulabschluss oder dem Abitur soll medizinisches Personal ausgebildet werden. Bis 2010 wird der überwiegende Teil der Dorfärzte qualifiziert sein.
2. *Investitionserhöhung in die ländliche medizinische Versorgung:* Der Schwerpunkt der staatlichen Investitionen in die medizinische Versorgung wird aufs Land gelegt. Von 2003 bis 2010 sollen die jährlich gestiegenen Mittel des Gesundheitswesens von den Zentral-, Provinz-, Stadt- und Kreisregierungen überwiegend für das ländliche Gesundheitswesen verwendet werden. Ein Unterstützungssystem von den Städten für die ländlichen Regionen und ein System zur ambulanten medizinischen Behandlung soll eingerichtet werden. Jede mittlere bzw. große städtische medizinische Einrichtung muss

eine bestimmte ländliche medizinische Institution auf der Kreis- oder Gemeindeebene unterstützen, indem sie ihnen die gebrauchten Geräte schenkt, das Personal ausbildet oder technische Hinweise anbietet. Dies wird als so genannte „Eine-hilft-einer-Aktion“ bezeichnet. Städtische Ärzte haben ein Jahr lang auf dem Land tätig zu sein, bevor sie zum Chefarzt oder Oberarzt befördert werden. Jeder Kreis hat einen Wagen zur ambulanten medizinischen Behandlung zu organisieren. Die medizinische Armutsbekämpfung muss in die Planung mit eingeschlossen werden.

3. *Aufbau eines neuen ländlichen kooperativen medizinischen Systems sowie eines Hilffsystems zur medizinischen Versorgung für Fünf-Garantien-Haushalte³⁶ und Armutsfamilien:* Bis 2010 soll ein neues ländliches kooperatives medizinisches System mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle aufgebaut werden. Der Hauptträger des Beitrages ist nach wie vor der einzelne Versicherte. Doch seit 2003 leistet die Zentralregierung für jeden beteiligten Bauer in den Mittel- und Westregionen einen Zuschuss von 10 Yuan im Jahr. Die lokalen Regierungen sollen ebenfalls einen Zuschuss, der nicht weniger als 10 Yuan pro Person im Jahr beträgt, zahlen. Die Bestimmung der konkreten Summe obliegt den Provinzregierungen („Beschluss über die weitere Verstärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit“ vom Staatsrat 30.10.2002).

Dieser Schritt zeigt deutlich, dass die Zentralregierung nun angefangen hat, großen Wert auf die ländliche medizinische Versorgung zu legen. Doch der staatliche Zuschuss wird nur bei einer lokalen Unter-

³⁶ Das "Fünf-Garantien-System" ist ein seit den 50er Jahren bestehendes ländliches Sozialhilfesystem Chinas. Es handelt sich um die Versorgung von kinderlosen Alten, Schwachen, Witwen, Witwer, Waisen, Behinderten und Arbeitsunfähigen mit Nahrung, Kleidung, Wohnung, medizinischer Versorgung und Bestattung. Die ländlichen Bewohner, die diese soziale Vergünstigung erhalten, leben in „Fünf-Garantien-Haushalten“.

stützung gezahlt, deren Voraussetzung wiederum die Teilnahme der Bauern am kooperativen medizinischen System ist. In wirtschaftlich wenig entwickelten Regionen ist der einzelne Beitragssatz für Bauern mit niedrigem Einkommen noch eine zu große Belastung. Wenn die Zentralregierung den Zuschuss nicht im Voraus zahlen kann, ist das Ziel, bis 2010 das neue kooperative medizinische Versorgungssystem aufzubauen, nur schwer zu erreichen.

Literatur

Belardi, Nando: China Sozial. Modernisierung und Sozialwesen in der VR China und Hongkong. Marburg 1993.

„Beschluss über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens“ vom Staatsrat (15.01.1997).

„Beschluss über die weitere Verstärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit“ vom Staatsrat (30.10.2002).

China Daily.

Krieg, Renate/Schädler, Monika: Soziale Sicherung in der Volksrepublik China: Dringlichkeit und Probleme ihrer Reform. In: Nord-Süd aktuell. 2. Quartal 1994, S. 271-282.

Krieg, Renate/Schädler, Monika: Soziale Sicherheit im China der neunziger Jahre. Hamburg 1995.

Nan fang du shi bao: Südstädtische Zeitung.

Zhong guo jing ji shi bao: Chinas Wirtschaftszeitung.

Zhu, Ling: Xiang cun yi liao bao xian he yi liao jiu zhu (Die ländliche Krankenversicherung und das Hilfssystem zur medizinischen Versorgung).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 26.03.2000 a.

Zhu, Ling: Gong ban cun ji wei sheng shi dui bao zhang ji ben yi liao bao jian fu wu gong ji de zuo yong (Die Rolle der staatlichen Krankenstationen auf der Dorfebene für die Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 20.03.2000 b.

Zhu, Ling: Tou zi yu pin kun ren kou de jian kang he jiao yu, ying dui jia ru shi mao zu zhi hou de jiu ye xing shi (In die Gesundheit und Bildung der Armutbevölkerung investieren, um der Beschäftigungssituation nach dem Beitritt in die WTO gerecht zu werden).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 06.12.2001.

Zhu, Ling: Yi liao bao xian, jiu ji yu jian kang feng xian guan li (Krankenversicherung, Hilfssystem zur medizinischen Versorgung und Management der Gesundheitsrisiken).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 25.02.2002 a.

Zhu, Ling: Nong cun jian kang jiao yu he ji bing yu fang (Die Gesundheitserziehung und Krankheitsvorbeugung auf dem Lande).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 06.08.2002 b.

Zhu, Ling: Qian fa da nong cun de jian kang bao xian zhi du jian she bi xu yu ying ji cuo shi xiang jie he (Der Aufbau des Krankenversicherungssystems in den weniger entwickelten ländlichen Gebieten muss mit den Notmaßnahmen kombiniert werden).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 11.11.2002 c.

Zhu, Ling: Hui fu gong gong zhi chi: nong cun wei sheng de tuo kun zhi lu (Wiederherstellung der öffentlichen Unterstützung: Der Weg der ländlichen medizinischen Versorgung um die Not zu lindern).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 30.05.2003.

Wichtige Websites

<http://www.agri.org.cn>: Zhong guo nong ye xin xi wang (China Agriculture Information Net).

<http://www.ah.xinhuanet.com>: Xin hua wang, an hui pin dao (Xinhua Net Anhui Channel).

<http://www.mca.gov.cn>: Min zheng bu (Ministry of Civil Affairs).

<http://www.moh.gov.cn>: Wei sheng bu (Ministry of Health).

<http://www.piccnet.com.cn>: PICC (The People's Insurance Company of China).

<http://www.xinhuanet.com>: Xin hua wang (Xinhua Net).

VI. Zugang zu medizinischer Versorgung für alle? Über Nutzungsgebühren und einen "Gesundheitsfürsorgefonds" (Health Equity Fund) in Sotnikum, Kambodscha

Wim Hardeman, Wim Van Damme, Maurits Van Pelt, IR POR, Heng Kim Van und Bruno Meessen

1. Einleitung

Viele einkommensschwache Länder haben, oft im Rahmen von Strukturanpassungsprogrammen, Nutzungsgebühren für die öffentliche Gesundheitsfürsorge eingeführt. Diese Gebühren sind gewöhnlich nur ein Element eines größeren Paketes von Reformmaßnahmen im Gesundheitssektor (McPake et al. 1993; World Bank 1993; Uzochukwu et al. 2002). Nutzungsgebühren haben jedoch einen offensichtlichen Nachteil: Ihre möglicherweise negativen Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischer Versorgung, wovon besonders Frauen betroffen sind (Nanda 2002). Durch die teilweise mangelhafte Implementierung nahm die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach der Einführung von Nutzungsgebühren oftmals deutlich ab. Arme waren hiervon besonders betroffen (Creese 1991; MCPake 1993; Gilson et al. 2001). Doch in einigen Fällen, in denen Gebühreneinnahmen zur Qualitätsverbesserung verwendet wurden, haben Studien eine erhöhte Nutzung besonders durch untere Einkommensgruppen nachgewiesen (Litvack und Bodart 1993; Levy-Bruhl et al. 1997; Audibert und Mathonnat 2000). Andererseits bedeuten andere Kostenfaktoren - wie Transport, Zeit, Nahrung, informelle Gebühren und Medikamente - für Arme sogar noch höhere Hindernisse als die Nutzungsgebühren selbst (Abel-Smith und Rawal 1992; Hjortsberg und Mwikisa 2002; Khe et al. 2002).

Das offizielle Verfahren in vielen Ländern ist, Arme von der Gebührenpflichtigkeit auszunehmen. In der Praxis erweisen sich diese Mechanismen oft als unwirksam und stellen gewöhnlich keinen Schutz für die Armen dar (Creese 1991; Gilson 1997). Die wesentliche Schwachstelle ist die Zielgruppenbestimmung. Eine sinnvolle Zielgruppenbestimmung besteht darin, Ausgren-

zungs- und Zugehörigkeitsfehler zu begrenzen (Gilson et al. 1995; Willis und Leighton 1995). Die meisten Systeme der Gebührenbefreiung in Entwicklungsländern leiden unter zumindest einem dieser beiden Fehler. Zugehörigkeitsfehler, die zum Verlust von Mitteln an besser gestellte Menschen führen, lassen sich sowohl auf Druck seitens der Behörden und Verwandten zurückführen, als auch auf das Fehlen klarer Richtlinien oder der ungenügenden Verantwortlichkeit von Personen, welche die Befreiung bewilligen. Zwei Faktoren verursachen Ausgrenzungsfehler: Zum einen kann es zu Interessenskonflikten zwischen der Gewährung von Freistellung einerseits und dem Erwirtschaften von Einnahmen andererseits kommen, wenn sich Mitarbeiter des Gesundheitswesens unter marktorientierten Bedingungen wiederfinden. Vor allem dann, wenn Nutzungsgebühren dazu verwendet werden, das Einkommen der Mitarbeiter aufzubessern. Jeder von der Gebührenpflicht befreite Patient bedeutet einen Einnahmeverlust für Einrichtungen, die sich ohnehin in finanzieller Bedrängnis befinden. Zum anderen hat das medizinische Personal weder die Sachkenntnisse noch die Zeit, um die Zahlungsfähigkeit eines Patienten beurteilen zu können (Huber 1993). Hierfür wird das Fachwissen eines Sozialarbeiters benötigt.

Jede institutionelle Lösung, die wirklich darauf ausgerichtet ist, den Armen Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen, sollte zwei Grundeigenschaften aufweisen: Erstens muss es ein zweckgebundenes Budget geben, welches mit dem Armutsprofil der betroffenen Bevölkerung übereinstimmen muss. Zweitens muss dieses Budget einem Gremium anvertraut werden, dessen Interessen nicht im Konflikt mit der Aufgabe stehen, Arme wirkungsvoll zu erreichen. Eine mögliche Lösung könnte ein Gremium bzw. Dritt-

zahler sein, der in der Lage ist, Nutzungskriterien zu erstellen und die Zahlungen zu übernehmen (Nyonator und Kutzin 1999). In der bisherigen Literatur gibt es jedoch kaum Berichte über derartige Systeme.

1999 verhandelten wir mit dem kambodschanischen Gesundheitsministerium im Einsatzbezirk Sotnikum in der Provinz Siem Reap über ein Finanzierungssystem für das Gesundheitswesen. Informelle Nutzungsgebühren wurden offiziell gemacht - ein Vorgehen, das die Qualität des Gesundheitswesens für die Bevölkerung verbesserte. Freistellungen werden nicht bewilligt. Um den Zugang Armer zu medizinischer Versorgung zu erleichtern, wurde im September 2000 eine Nichtregierungsorganisation (NRO) damit betraut, einen *Health Equity Fund* (HEF) zu verwalten. Dieser soll Arme erfassen und die Nutzungsgebühren für sie übernehmen. Hierdurch fällt es nicht mehr in den Aufgabenbereich des medizinischen Personals, zu definieren, wer arm ist und diese Patienten zu finanzieren. Dieser Artikel beschreibt (1) die Ergebnisse der zwei Jahre, in denen der HEF in Sotnikum angewendet wurde, gemeinsam mit (2) den Resultaten einer Untersuchung im August 2001 zu den Zugangsbeschränkungen zum Bezirkskrankenhaus und zu den Auswirkungen des Fonds auf diese Beschränkungen.

2. Kontext

Die Reform des Gesundheitssektors in Kambodscha

Die kambodschanische Gesellschaft hat jahrzehntelang unter internationalen Konflikten und besonders unter der Herrschaft der Roten Khmer zwischen 1975 und 1979 gelitten. Um eine so genannte egalitäre, sozialistische und agrarische Gesellschaft zu errichten und um die Vergangenheit abzustreifen, wurden Städte evakuiert, das formale Gesundheitswesen und Bildung aufgegeben und Geld abgeschafft (Chanda 1986). Über eine Millionen Menschen starben, gebildete Schichten sollten eliminiert werden. Erst mit den Pariser Friedensverträgen und den Wahlen im Jahr 1993 sta-

bilisierte sich die Situation in Kambodscha allmählich. Das Land beginnt sich von den Verlusten an qualifiziertem Personal und der Zerstörung der Infrastruktur zu erholen. Um der Herausforderung zu begegnen, das Gesundheitssystem wiederaufzubauen und gleichzeitig große Summen an Auslandshilfe zu koordinieren, hat das kambodschanische Gesundheitsministerium (MoH), von der Gebergemeinschaft stark unterstützt, seit 1996 einen Plan zur Reform des Gesundheitswesens in Kraft gesetzt (Lanjouw et al. 1999). Dieser Plan gliedert das Land in 69 neu geschaffene Einsatzbezirke, von denen jeder 100.000 - 200.000 Einwohner umfasst. Jeder Einsatzbezirk besteht aus einem Netzwerk von Gesundheitszentren, die eine medizinische Grundversorgung für jeweils 10.000 - 12.000 Menschen gewährleisten, einem Bezirkskrankenhaus und einem Bezirksbüro. 1997 führte die Nationale Charta zur Gesundheitsfinanzierung offiziell Nutzungsgebühren ein. Bis 2001 wurden - Dank des Kapitals internationaler Banken und Geldgeber - die meisten Einrichtungen gebaut oder renoviert und mit medizinischem Material ausgestattet. Darüber hinaus versorgte ein *Central Medical Store* das Netzwerk regelmäßig mit den wichtigsten Medikamenten.

Strukturelle Einschränkungen verhindern jedoch die Umsetzung des Plans in Bezug auf die Zugänglichkeit und Qualität der Fürsorge. Öffentliche Gesundheitseinrichtungen bleiben unausgelastet. Staatliche Ausgaben für das Gesundheitssystem wachsen zwar, bleiben aber mit 3 US \$ pro Kopf im Jahr 2001 auf sehr geringem Niveau. Das äußerst niedrige Gehalt von Staatangestellten in Kambodscha (2001: 10-15 US \$ monatlich) stellt eine eklatante Einschränkung dar. Dementsprechend, wie anderswo auch, sind staatliche Mitarbeiter im Gesundheitswesen dazu gezwungen, Strategien zur Gehaltsaufbesserung zu entwickeln, beispielsweise durch die Erhebung inoffizieller Gebühren und die Umleitung von Medikamenten, Ausrüstung und Patienten an ihre privaten Praxen (Roenen et al. 1997; Killingsworth et al. 1999; McPake et al. 1999; Bloom et al. 2000; Van

Lerberghe et al. 2002). Haushalte sind damit auf private Anbieter angewiesen, die ihre Profite dadurch maximieren wollen, indem sie das verkaufen, wofür die Leute bereit sind zu zahlen. Durch den unregulierten Markt in der medizinischen Versorgung sind die Barausgaben der Haushalte mit schätzungsweise 20-30 US \$ pro Kopf und Jahr immens hoch und ungerecht verteilt. Wie in anderen Ländern auch, sind die katastrophalen Gesundheitskosten in Kambodscha die Ursache für Verschuldung und Verelendung der armen Landbevölkerung (Kassie 2000).

In diesem Kontext haben viele mehrschichtig agierende Initiativen versucht, die Qualität und den Zugang zu medizinischer Versorgung in den ländlichen Gebieten zu verbessern. Einige dieser Initiativen weisen gemeinsame Eigenschaften auf: (1) Das Ziel besserer Leistungsfähigkeit öffentlicher Einrichtungen; (2) Die Bezuschussung öffentlicher Gehälter mit externen Geldern; und (3) die Einführung von auf Leistung basierender Gehälter zur Schaffung größerer Verantwortlichkeit unter den Mitarbeitern (Van Damme et al. 2001; Meessen et al. 2002; Ministry of Health et al. 2002; Soeters und Griffith 2003).

Der „New Deal“ des Einsatzbezirkes Sotnikum

Sotnikum ist eine arme, ländliche Region mit 220.000 Einwohnern und befindet sich 30 km von der Stadt Siem Reap entfernt in der Provinz, in der die historischen Tempel von Angkor liegen. Der Einsatzbezirk Sotnikum ist in 17 „Gesundheitszonen“ mit je einem Gesundheitszentrum unterteilt. Das Bezirkskrankenhaus befindet sich in dem kleinen Ort Damnek und bietet das gesamte, sich ergänzende Paket an Aktivitäten, wie vom Gesetzgeber vorgesehen: Internationale Medikamente, Pädiatrie (Kinderheilkunde), Geburtshilfe, Gynäkologie und Chirurgie. Seit Mitte 2000 ist zudem ein Operationssaal in Betrieb.

Das Gesundheitsministerium, die Médecins sans Frontières (MSF) und Unicef einigten sich 1999 in Sotnikum auf einen gemeinsamen Ansatz auf Bezirksebene. Ansatz-

punkt des Experiments ist ein „New Deal“ für staatliche Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die im Austausch für die Einhaltung der Arbeitszeiten und der neuen internationalen Bestimmungen - welche inoffizielle Bezahlungen und Rezepte für private Apotheken streng untersagen - ein besseres Gehalt bekommen (durchschnittlich 80-100 US \$ monatlich). Abgesehen von direkten positiven Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung für die Bevölkerung wurde angenommen, dass neue Arbeitsbedingungen mit „fairen“ Gehältern für die Angestellten, Investitionen in die Qualität der Versorgungsleistungen sowie Ausbildung und Supervision bessere Resultate hervorbringen würde. Es wurden Verträge mit allen Beteiligten geschlossen und es wurde sich auf eine pauschale Summe für Nutzungsgebühren geeinigt, um die Unsicherheit der Patienten bezüglich der Behandlungskosten zu verringern. Der Ansatz führte sofort zu gesteigerter Motivation sowie höheren Konsultationszahlen. Im Jahr 2002 steigerte sich die durchschnittliche monatliche Patientenaufnahme um 50% auf 216, nahm 2001 weiter zu auf 239 und erreichte 2002 mehr als 300. [An anderer Stelle wurde der „New Deal“ detailliert beschrieben (Van Damme et al. 2001; Meessen et al. 2002).]

Der Health Equity Fund (HEF)

Der „New Deal“ bedeutete einen Anstieg der offiziellen Nutzungsgebühren, vor allem in den Krankenhäusern. Die Gefahr bestand darin, dass Arme nach wie vor keinen Zugang zu den verbesserten Leistungen haben würden. Um den Krankenhäusern die Vereinbarung der beiden sich widersprechenden Ziele zu ermöglichen - finanzielle Bestandsfähigkeit und gerechter Zugang - entschieden MSF und UNICEF, eine Initiative auf Bedarfsseite vorzustellen: Den HEF, der als Drittzahler für mittellose Patienten fungiert.

Der HEF wird von einer lokalen NRO verwaltet und arbeitet von den Krankenhäusern unabhängig. MSF und UNICEF bevorzugten aus Gründen der geschäftsführenden und sozio-politischen Nachhal-

tigkeit und aus Gründen des *capacity building* im privaten sozialen Sektor eine kambodschanische NRO. Die unter Vertrag genommene NRO, *Cambodia Family Development Services (CFDS)*, 1993 gegründet, hatte bereits weitreichende Erfahrungen mit sozialen Projekten und kommunalen Entwicklungsinitiativen in der Provinz, bevor sie in Sotnikum mit dem HEF betraut wurde. Dank dieser Erfahrungen, hatte der CFDS schon ausgereifte und praktisch erprobte Richtlinien zur Bestimmung und Unterstützung armer Patienten. Der CFDS benutzte hierfür die Bewertung eines Fragebogens mit Selbstauskünften zum sozioökonomischen Status. Im September 2000 begann der CFDS seine Arbeit mit einem Mitarbeiter, dessen Büro sich auf dem Krankenhausgelände befand. Im Oktober 2002 wurde ein zweiter Mitarbeiter angestellt, um die Präsenz im Krankenhaus, die Nachsorge von behandelten Patienten und den Informationsaustausch auf kommunaler Ebene zu verbessern. Der CFDS beurteilt arme Patienten anhand zweier Richtlinien: Erstens verweisen die Angestellten an der Krankenhausaufnahme Patienten, die die Gebühren nicht bezahlen können, an den CFDS. Zweitens bemüht sich der CFDS um die Erfassung armer Patienten auf dem Krankenhausgelände, die die Aufnahmegebühr zwar entrichten konnten, aber den Eindruck erwecken, sie hätten nicht genug zu Essen oder als mangle es ihnen an essentiellen Dingen wie etwa Essensutensilien, Moskitonetzen oder Kleidung. Diese zusätzliche Erfassung ist erforderlich, da sich die meisten Leute im Krankheitsfall Geld leihen oder vor der Aufnahme ins Krankenhaus einen Teil ihrer zum Überleben notwendigen Besitzgüter verkaufen. So machen sie Schulden, die sie nie zurückzahlen können. CFDS Mitarbeiter befragen alle als arm eingestuft Patienten, um deren Zahlungsfähigkeit zu bestimmen. Wichtige Indikatoren sind: Gesicherte Nahrungsmittelversorgung, Landbesitz und notwendige Utensilien, Unterkunft und Beruf sowie Haushaltsgröße und Struktur. Das äußere Erscheinungsbild, einschließlich der Kleidung, verrät auch häufig etwas über den

sozioökonomischen Status. Die Zielgruppe des HEF besteht sowohl aus den extrem Armen als auch aus denjenigen, denen extreme Armut droht. Es werden keine festen Kriterien gesetzt, da Armut schwierig zu bemessen ist. Dementsprechend wird Flexibilität benötigt, um auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen.

Die Art der Unterstützung wird von Fall zu Fall entschieden und reicht von der teilweisen Zahlung der Aufnahmegebühr bis hin zur vollen Deckung der Krankenhauskosten, einschließlich Transport, Essen und einer Grundausstattung für den Aufenthalt im Krankenhaus (z.B. Bettlaken, Essbesteck, Kleidung etc.; Anmerk. der Herausg.) Des Weiteren führt der CFDS Nachsorgebesuche in den Dörfern durch, um die Angemessenheit in der Bestimmung der Zielgruppe zu überprüfen und weitere Bedürfnisse auszumachen.

Die Vertragsparteien MSF und UNICEF haben die Aktivitäten des HEF mit quantitativen Methoden analysiert und die Mechanismen zur Bestimmung der Zielgruppe beurteilt. Sie haben sich nicht in Arbeitsabläufe der lokalen NRO eingemischt.

3. Die Methodik

Die Datenaufnahme erfolgte während der ersten 25 Monate Laufzeit des Fonds, vom 1. September 2000 bis zum 30. September 2002. Ausgewertet wurden monatliche Berichte der NRO, welche den Fonds einrichtete, persönliche Beobachtungen der Autoren und Tiefeninterviews mit Mitarbeitern des CFDS und Gemeindevorstehern.

Im August 2001 führten zwei der Autoren, WH und HK, Befragungen in Sotnikum durch. Die Ziele waren (1) die Beschränkungen zu analysieren, mit denen Arme konfrontiert sind, wenn sie stationärer Behandlung bedürfen; (2) einschätzen zu können, inwiefern der HEF dazu beigetragen hat, diese bestehenden Beschränkungen zu überwinden. In 26 Dörfern in fünf Kommunen, zwischen fünf und 25 km vom

Bezirkskrankenhaus entfernt, wurden Tiefeninterviews durchgeführt. Die 68 beurteilten Patienten (14 Kinder, 40 Erwachsene und 14 Senioren; 38 Frauen) wurden in drei Kategorien gegliedert:

1. 34 Patienten, die zwischen Juni und Juli 2001 stationär behandelt und nicht vom HEF unterstützt wurden;
2. 17 Patienten, die zwischen Juni und Juli 2001 stationär behandelt wurden und vom HEF Unterstützung bekamen; und
3. 17 arme Haushalte mit einer Person, die in jüngerer Zeit schwer erkrankt war, aber nicht stationär behandelt wurde und somit keine Zuwendungen vom HEF erhielt.

Wir erhielten für die Untersuchung Daten zu Fällen der Kategorie 1 und 2 von der Krankenhausverwaltung. Kategorie 2 um-

fasste alle 17 zwischen Juni und Juli 2001 stationär behandelten Patienten aus vier Kommunen, die über den HEF unterstützt wurden. Kategorie 1 umfasste 34 zufällig ausgewählte Patienten aus denselben vier Kommunen, die im gleichen Zeitraum stationär behandelt wurden, denen jedoch keine Zuwendungen über den HEF zuteil wurden. Sieben Patienten konnten aufgrund der Reisaussaat nicht befragt werden und wurden durch fünf Fälle aus angrenzenden Kommunen bzw. mit zwischen April und Mai 2001 stationär behandelten Patienten ersetzt.

In jeder der vier Kommunen fanden wir arme Haushalte mit einer vor kurzem erkrankten Person (3). Die interviewten Haushalte und die örtlichen Behörden konnten oft Auskunft darüber geben, wo schwer erkrankte Arme, die sich aber nicht

Tabelle 1. Charakteristika sozioökonomischer Kategorien (Panhavichetr 1998)

| | | Geschätzter Anteil der Bevölkerung Kambodschas | Geschätzter Anteil der Bevölkerung Sotnikums |
|---------------------|---|--|--|
| Reich („mean“) | Gutes (Stein-) Haus; > als 3 ha Land, großer Viehbestand, Motorrad, TV, Vergabe von Geld- und Reisdarlehen, große Ersparnisse, Überschüsse | 10% | <5% |
| Mittel („kuesam“) | Gutes (Holz-) Haus, > 1,5 ha Land, > zwei Kühe, gelegentlich ein Motorrad, TV, keine Nahrungsmittelknappheit, Ersparnisse, gelegentliche Anleihen | 30% | 20% |
| Arm („kraa“) | Holzhaus, < 1,5 ha Land, zwei Kühe oder weniger, Fahrrad, Nahrungsmittelknappheit weniger als 4 Monate im Jahr, geringe Ersparnisse (< 5 US\$), regelmäßige Anleihen | 40% | 50% |
| Extrem arm („toal“) | kleines (strohgedecktes) Haus, < 0,5 ha Land, keine Kühe, Nahrungsmittelknappheit mehr als 5 Monate im Jahr, keine Ersparnisse, Leben findet auf einer Tag-für-Tag – Ebene statt, können nur geringe Anleihen tätigen | 20% | 25% |

in stationärer Behandlung befanden, zu finden seien. Kleine, strohgedeckte Hütten wurden nach dem Zufallsprinzip aufgesucht.

Die Interviews mit den Kategorien 1 und 2 beurteilten sowohl die Ausgaben für den Krankenhausaufenthalt und welche Mittel zur Finanzierung benutzt wurden, als auch die Qualität der Zielgruppenbestimmung des HEF. Die Interviews mit der Kategorie 3 dienten dem besseren Verständnis der Zugangsbeschränkungen zum Krankenhaus.

Finanzielle Rücklagen, Beschäftigung und gesicherte Nahrungsmittelversorgung bestimmten die sozioökonomische Einstufung eines jeden Haushaltes. Es wurden vier Kategorien gemäß der gängigen Klassifizierung in Kambodscha unterschieden (Panhavichetr 1998): Reiche, mittlere, arme und extrem arme Haushalte (Tabelle 1). Es wurden keine „reichen“ Haushalte für die Studie berücksichtigt.

Aus der Kategorie 1 - stationär behandelte Patienten ohne Unterstützung durch den HEF - waren fünf Fälle lediglich ambulant behandelte Patienten. Sie wurden aus der Analyse der Krankenhausausgaben ausgenommen.

Wir erhielten zusätzlich qualitative Daten durch Interviews mit örtlichen Behörden und Mitarbeitern des Gesundheitswesens sowie durch Kleingruppendiskussionen auf Dorfebene. Statistiken über die Auslastung des Krankenhauses wurden direkt von der Krankenhausverwaltung bezogen.

4. Ergebnisse

Die Anwendung und Zielgruppenbestimmung des HEF

Zwischen dem 1. und 30. September 2002 wurden 1.437 Patienten über den HEF unterstützt. Die Patientenzahlen stiegen stetig von etwa 20 auf über 100 pro Monat (Abbildung 1). Die Zahl der Patienten ohne Unterstützung nahm weniger stark zu. Während des dritten Quartals des Jahres 2002 finanzierte der HEF ca. 30% aller vom

Krankenhaus Sotnikum behandelten Patienten.

Abbildung 2 stellt die Ergebnisse der Zielgruppenbestimmung des HEF dar. Unter den stationär behandelten Patienten erhielt nur ein nicht-Armer finanzielle Zuwendungen, indes wurden nahezu alle der als extrem arm klassifizierten über den HEF unterstützt. Als extrem arm Klassifizierte haben bei der Aufnahme ins Krankenhaus höhere Chancen, vom HEF ausgewählt zu werden, als die Armen, denen das Abgleiten in die extreme Armut droht (eine Gruppe, die schwieriger zu bestimmen ist). Die extrem Armen haben jedoch die größten Schwierigkeiten, das Krankenhaus überhaupt zu erreichen. Demzufolge garantiert der erleichterte finanzielle Zugang für arme Patienten noch keinen grundsätzlich gerechten Zugang zu medizinischer Versorgung. Erschwerend kommt hinzu, dass ein HEF sich vorrangig auf finanzielle Beschränkungen bezieht. Außerdem hängt die Zugänglichkeit medizinischer Einrichtungen in hohem Maße von denjenigen ab, die medizinische Versorgung anbieten - wie etwa Verfügbarkeit medizinischen Personals, transparenten Nutzungsgebühren oder einem gut funktionierenden Überweisungssystem. All dies beeinflusst die Zugänglichkeit angebotener medizinischer Versorgung.

Einschränkungen für einen gerechten Zugang zu medizinischer Versorgung

Während der Interviews zeigten sich vier wesentliche Einschränkungsfaktoren: finanzielle, geographische, informationelle und haushaltsbezogene Beschränkungen: Diese korrelieren miteinander und vermindern besonders die Nachfrage durch die ärmsten und fragilsten Gruppen in der Gesellschaft.

Finanzielle Beschränkungen

In der agrarischen Subsistenzwirtschaft Sotnikums stellt Geldmangel die Hauptbeschränkung für den Zugang zu medizinischer Versorgung dar. Der Tageslohn für Feldarbeit liegt bei 0,6-0,8 US\$, während die durchschnittlichen Kosten für einen Krankenhausaufenthalt 26 US\$ betragen

Abb. 1. Auslastung des Krankenhauses in Sotnikum: Patienten, für die vom HEF bezahlt wurden und Patienten, die Gebühren bar zahlten, 1999-2002

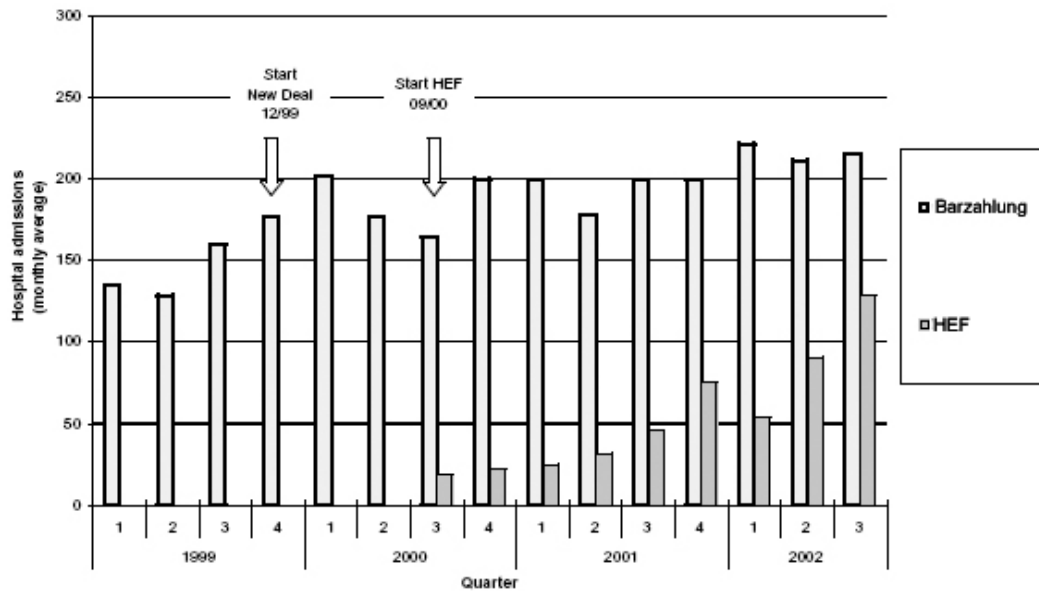
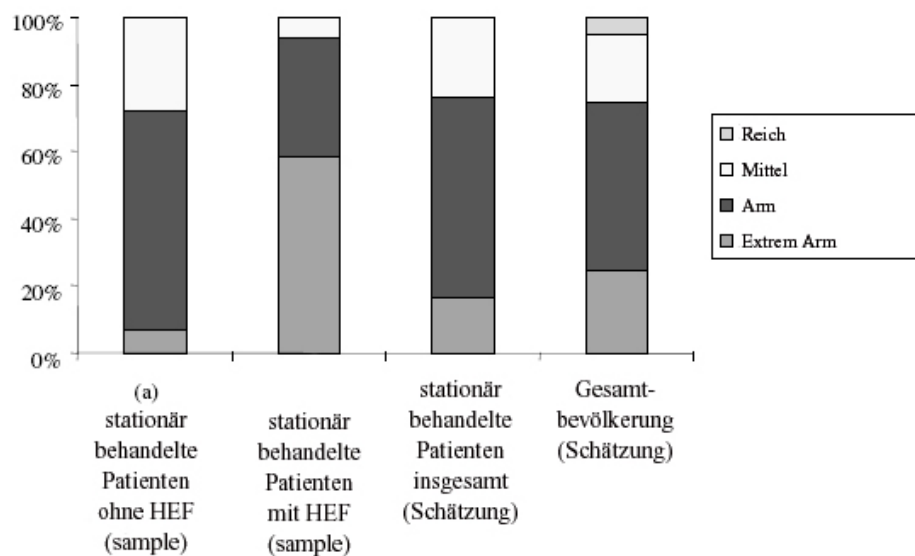


Abb. 2. Sozioökonomischer Status der stationär behandelten Patienten und der Gesamtbevölkerung



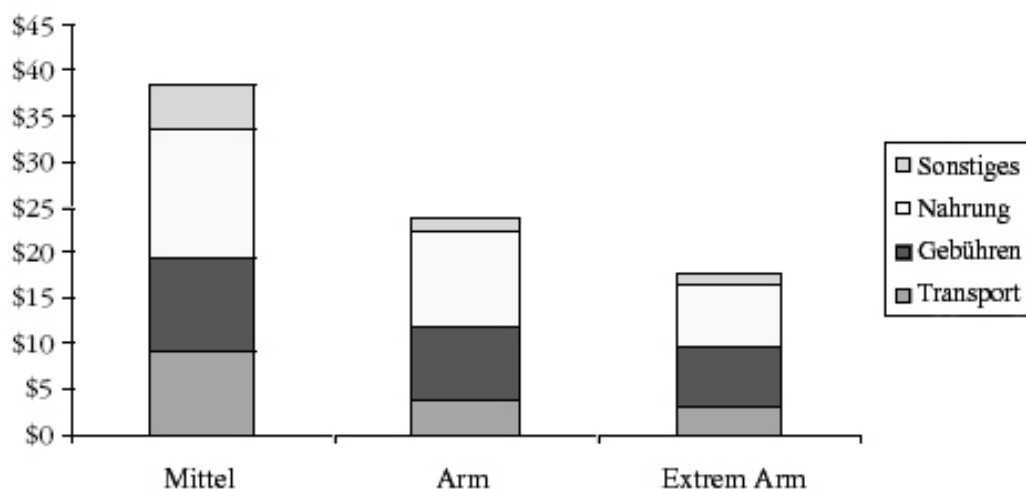
(18 US\$ für extrem Arme, 24 US\$ für Arme und 39 US\$ für mittlere Einkommen). Medizinische Ausgaben machten 32% dieses Betrages aus und 68% wurden für Transport, Nahrung und notwendige Utensilien ausgegeben (Abbildung 3).

Die Mehrheit der Befragten hatte diese Ausgaben vor dem Krankenhausaufenthalt durch den Verkauf von Besitztümern oder Aufnahme von Krediten finanziert. Ärmere Haushalte hätten häufiger Kredite benötigt, hatten aber kaum Möglichkeiten, einen solchen aufzunehmen. Wird das Geld von kommerziellen Kreditgebern geliehen, ist die Tilgung auf Grund monatlicher

Wucherzinsen von 10-20% höchst problematisch. Arme können hierdurch gezwungen sein, ihre Produktionsmittel oder gar ihr Land zu verkaufen (Kassie 2000).

„Unkalkulierbarkeit“ scheint für Arme ein wichtiger Entscheidungsfaktor zu sein und hängt stark von saisonalen Faktoren ab. Die Notwendigkeit von Reissaat und -Ernte bedingt, dass viele die Inanspruchnahme stationärer Behandlung hinauszögern. Landlose Tagelöhner suchen erst dann das Krankenhaus auf, wenn sie bereits arbeitsunfähig sind; sie verlassen sich länger auf unangemessene Selbstmedikation.

Abbildung 3. Durchschnittliche Ausgaben je stationärer Behandlung, unterteilt in sozioökonomische Kategorien (einschließlich Unterstützung über den HEF).



Geographische Beschränkungen

Die Entfernung zum Krankenhaus wird, abgesehen von der Kilometerzahl, auch durch die Straßenqualität, die Transportmöglichkeiten und nicht zuletzt durch saisonale Faktoren beeinflusst. In Sotnikum, wie auch anderswo, zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Entfernung zum Krankenhaus und dessen Inanspruchnahme (Van Lerberghe und Pangu 1988; Van Damme et al. 1998; Criel et al.

1999) (Abbildung 4). Mehr als 15% aller Patienten kamen aus der Gemeinde, in der das Krankenhaus liegt, obwohl nur 6% der Bezirksbevölkerung hier leben.

Offensichtlich bedeutet eine größere Entfernung zum Krankenhaus höhere Transportkosten und größeren Zeitverlust. Im kambodschanischen Kontext, wo Pflegepersonal begrenzt vorhanden ist, muss oft ein Verwandter den Patienten begleiten. Dies macht einen Krankenhausaufenthalt noch

kostspieliger. Im Vergleich mit Bessergestellten sind Arme nicht nur in Bezug auf zusätzliche Kosten durch die Entfernung, benachteiligt, sondern leben darüber hinaus auch häufiger in abgelegenen Gegenden, was besonders während der Regenzeit vermehrt Schwierigkeiten mit sich bringt.

Informationelle Beschränkungen

Persönliche Berichte früherer Patienten (z.B. Verwandte oder Nachbarn) waren die häufigste Informationsquelle über das Krankenhaus. Die seltene stationäre Behandlung von Menschen führt zu einem Mangel an Informationen über das Krankenhaus und dazu, dass es als unbekannt, zu weit entfernt oder nur als Notlösung wahrgenommen wird. Bei Menschen aus entlegenen, verarmten Gebieten, die die geringste Inanspruchnahme des Krankenhauses aufweisen, ist es sogar noch wahrscheinlicher, dass sie veralteten Informationen vertrauen. Hierdurch sind sie weitaus unsicherer in Bezug auf den Zugang zum Krankenhaus (z.B. Aufnahmegebühren und Überweisungssystem), die angebotenen Leistungen und die Qualität der Versorgung.

Um den Informationsaustausch zwischen der Bevölkerung und den Mitarbeitern der Gesundheitszentren zu verbessern, führte das Gesundheitsministerium freiwillige *Feedback*-Komitees auf Dorfebene ein. Zwar funktionierten diese Komitees in Sotnikum, aber mangels Zeit, Wissen und Befugnis konnte der Unsicherheit in der Bevölkerung nicht genügend begegnet werden. Der Informationsaustausch auf Gemeindeebene wird durch die große Auswahl informeller, privater Gesundheitsdienste weiterhin verkompliziert. Diese sind fast ausschließlich die erste Anlaufstelle für erkrankte Dorfbewohner (Collins 2000). Die privaten Gesundheitsdienste haben offensichtlich wenig Interesse daran, ihre Klienten über bestehende öffentliche Gesundheitsdienste zu informieren. Dies würde ihre Einkünfte beeinträchtigen.

Haushaltsinterne Beschränkungen

Alter, Geschlecht, Familiengröße und -Struktur beeinflussen sowohl die Bereitschaft als auch das Vermögen, eine Fahrt ins Krankenhaus zu organisieren und zu bezahlen. So können es sich etwa alleinerziehende Mütter, besonders mit kleinen Kindern, am wenigsten leisten, ein Krankenhaus aufzusuchen. Einkünfte fehlen besonders dann, wenn sie am dringendsten benötigt werden, und die zurückgelassenen Kinder müssen oft unversorgt bleiben. Aufgrund fehlender externer Hilfe kann es passieren, dass alle Familienmitglieder gezwungen sind, den Erkrankten mit ins Krankenhaus zu begleiten. Es ist nachvollziehbar, dass in solchen Fällen die stationäre Behandlung die letzte Option ist, die in Betracht gezogen wird. Selbst Haushalte mit beiden Elternteilen sind bei auftretenden Notfällen mit ähnlichen Problemen konfrontiert.

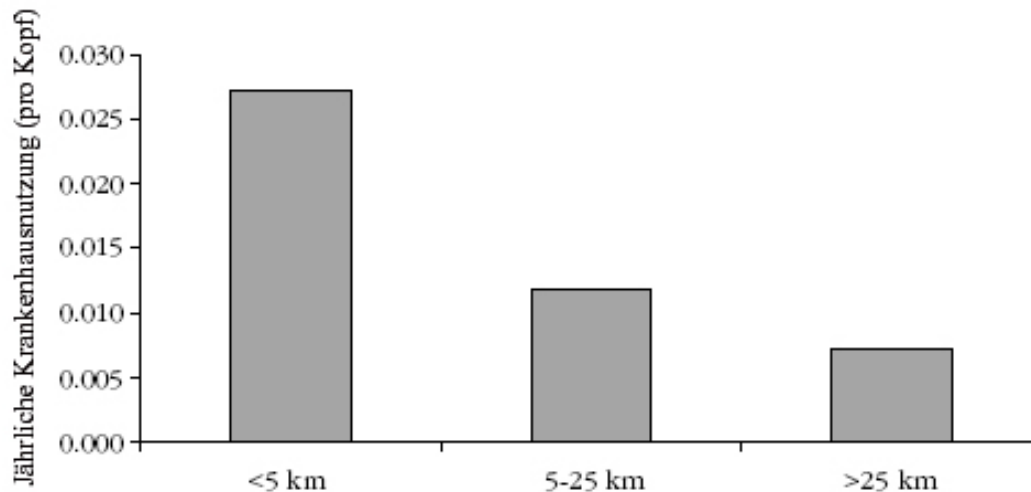
Ungerechte Zugangsmöglichkeiten können auch durch kulturell bedingte Geschlechterverhältnisse und haushaltsinterne Rollenverteilungen entstehen. 2001 machten Frauen 55% der Krankenhauspatienten aus, der Anteil von Frauen an der Bevölkerung des Bezirks lag demgegenüber bei 52%. Signifikante Geschlechterunterschiede konnten weder bei den Krankenhauskosten noch bei der Inanspruchnahme des Krankenhauses festgestellt werden. Einige der befragten Frauen aus armen Haushalten gaben jedoch an, dass sie die Gesundheit ihres Mannes als wichtiger erachteten als ihre eigene, da sie dessen Einkünfte für die Versorgung der Familie als unabdingbar ansehen.

Auswirkungen eines HEF auf Zugangsbeschränkungen

Finanzielle Beschränkungen

Eine wichtige Eigenschaft des „New Deal“ ist, dass inoffizielle Zahlungen nicht länger toleriert und wirksam unterbunden werden. Hierdurch ist gewährleistet, dass Patienten behandelt werden, sobald sie die Aufnahmegebühr entrichtet haben. Nichts

Abbildung 4. Jährliche Auslastung des Krankenhauses in Sotnikum, nach Entfernung zwischen Herkunftsort und Krankenhaus (Januar bis Juli 2001)



destotrotz scheinen selbst relativ niedrige und transparente Nutzungsgebühren (7 - 10 US \$ / Aufnahme) noch ein großes Hindernis für Arme darzustellen. Wie bereits diskutiert, beschränken sich die finanziellen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes nicht nur auf die Nutzungsgebühr. Laut den Untersuchungsergebnissen der Studie geben die Menschen faktisch mehr für Transport und Nahrung aus als für die eigentlichen Gebühren (Abbildung 3).

Abbildung 5 zeigt die durchschnittlichen Ausgaben aller stationär behandelten Fälle, unterteilt nach den jeweiligen sozioökonomischen Kategorien. Des Weiteren wird zwischen Barzahlungen und Unterstützung durch den HEF unterschieden. Die Abbildung spiegelt deutlich die Art der Zielgruppenbestimmung wieder: Die ärmsten Patienten werden mit der größten Wahrscheinlichkeit als zahlungsunfähig erfasst und erhalten ein Höchstmaß an Unterstützung. Tatsächlich wurden 87% der extrem Armen innerhalb der Test-

gruppe erfasst, aus dem HEF wurden 50% ihrer Gesamtkosten finanziert. Innerhalb dieser Gruppe gab es vier Patienten, die in chronischer Armut (auch im Alltag auf Wohltätigkeit angewiesen) leben und deren Kosten komplett vom HEF übernommen wurden.

In den meisten Fällen wären die Patienten ohne den HEF nicht in der Lage gewesen, die Aufnahmegebühren für das Bezirkskrankenhaus zu bezahlen. Unwahrscheinlich ist dennoch, dass Unterstützung durch den HEF weitere Verschuldung und ein Abrutschen in extreme Armut von bereits verschuldeten Personen verhindern konnte. Oft waren schon vor der stationären Behandlung große Summen insbesondere im privaten medizinischen Sektor ausgegeben worden. Außerdem kümmerte sich der HEF nicht um die Beschränkungen durch unkalkulierbare Faktoren, welche jedoch in der Saat- und Erntesaison das größte Hindernis für Arme und Saisonarbeiter darstellen.

Abbildung 5. Durchschnittliche Krankenhauskosten, eingeteilt in sozioökonomische Kategorien: Barzahlungen und Unterstützung durch den HEF.

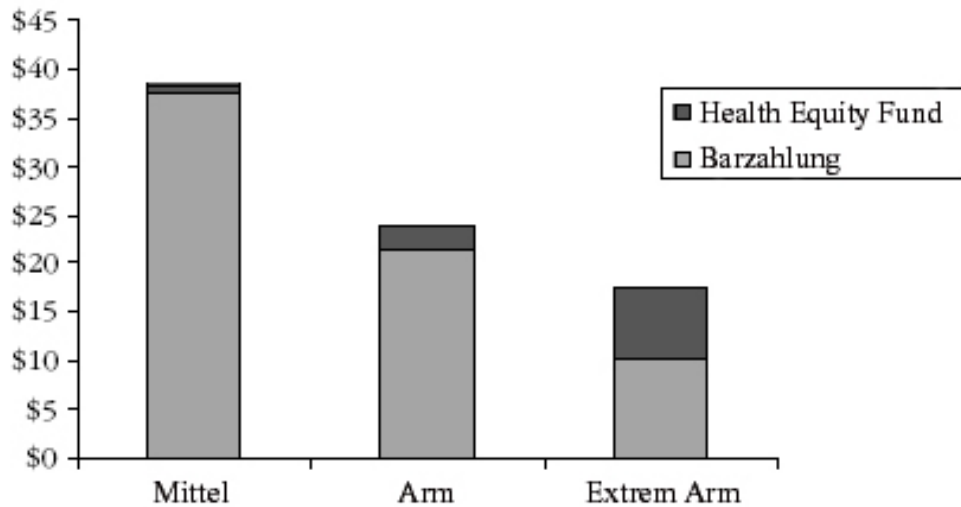
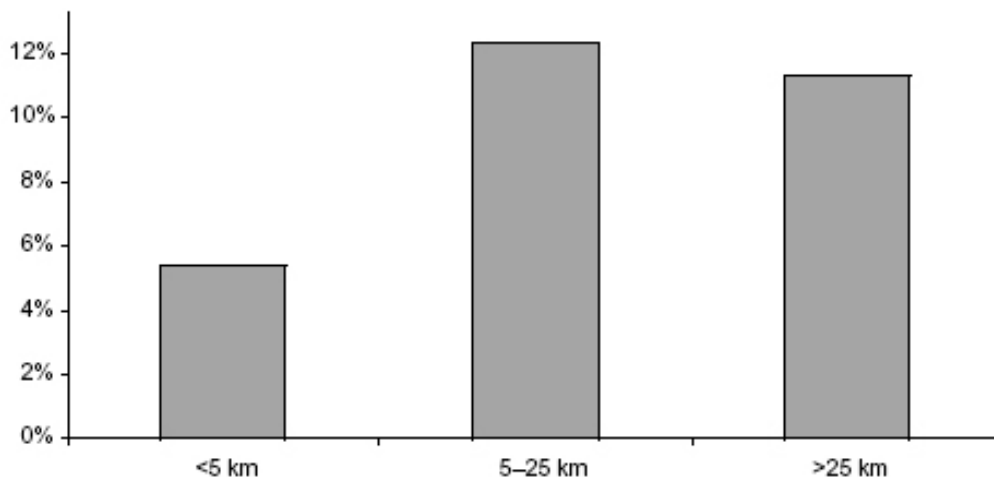


Abbildung 6. Proportionale Anzahl der durch den HEF unterstützten Patienten gemäß der Entfernung zwischen Herkunftsort und Krankenhaus (Januar – Juli 2001).



Geographische Beschränkungen

Die Entfernung zum Krankenhaus kann als wesentlichste Zugangsbeschränkung gesehen werden. Abbildung 6 zeigt den Zusammenhang zwischen vom HEF unter-

stützten Patienten und der Entfernung zum Krankenhaus. Patienten, die in einem Radius von weniger als 5 km Entfernung vom Krankenhaus lebten, wurden relativ selten unterstützt (weniger als 6%), während Patienten, die mittlere oder große

Entfernungen zurücklegen mussten, eine weitaus größere Chance hatten, Gelder aus dem HEF zu erhalten. Der HEF trägt somit zur Verringerung von Ungleichheiten bei den Gesundheitskosten in Relation zur Entfernung vom Krankenhaus bei. Eine ungleiche Inanspruchnahme der Krankenhäuser, die aufgrund geographischer Beschränkungen entstehen, werden davon jedoch nicht aufgehoben.

Ein gut funktionierendes Überweisungssystem ist von immenser Bedeutung. Der Plan zur Finanzierung des Gesundheitswesens in Sotnikum spornt staatliche Mitarbeiter der Gesundheitszentren an, Patienten ordnungsgemäß an die Krankenhäuser zu überweisen. Bei Bedarf wird ein Krankentransport angeboten, und im Falle von Zahlungsunfähigkeit trägt der HEF die Kosten. Diese Untersuchung betrachtete allerdings nicht die Auswirkungen dieser Mechanismen auf die geographischen Beschränkungen.

Informationelle Beschränkungen

Der HEF leistete weder in den Gemeinden noch im Krankenhaus aktive PR-Arbeit. Demzufolge war der HEF den Menschen außerhalb des Krankenhauses fast gänzlich unbekannt. Der HEF war nur 35 % der stationär behandelten Patienten, die nicht vom HEF unterstützt wurden, ein Begriff. Daraus resultierende widersprüchliche Berichte könnten Arme weiterhin davon abhalten, ein Krankenhaus aufzusuchen.

Nur 12% der unterstützten Patienten wussten vor ihrem Krankenhausaufenthalt von der Existenz des HEF. Dem HEF war es also nicht gelungen, Unsicherheiten über Zugangsbeschränkungen abzubauen. Da die Erfassung armer Patienten zentralisiert im Krankenhaus erfolgt und die Eignungskriterien nicht öffentlich gemacht werden, sind sich weiterhin selbst Arme, die vom HEF wissen, nicht klar darüber, ob sie Unterstützung erhalten können. Auf der anderen Seite verbreiten sich Informationen, über die sich alle Patienten austauschen - wie etwa verbesserte Versorgungsqualität oder das Fehlen informeller Ge-

bühren - wahrscheinlich weitaus schneller und fördern die Inanspruchnahme.

Haushaltsinterne Beschränkungen

Der Ansatz des HEF beinhaltet keine speziellen Vorkehrungen für Haushalte, deren Zugang zum Krankenhaus aufgrund von Alter, Geschlecht oder Familiengröße und -Struktur erschwert ist. Bei diesen Haushalten liegt die Wahrscheinlichkeit von Bedürftigkeit und Armut höher (z.B. bei Alleinerziehenden Müttern mit vielen Kindern). Für solche Patienten übernimmt der HEF zwar die Krankenhauskosten, unterstützt aber nicht die in den Dörfern zurückgebliebenen Angehörigen, die eventuell unter Lebensmittelknappheit leiden müssen. Deren Wohlbefinden spielt gewiss eine wichtige Rolle bei der Überlegung, ein Krankenhaus aufzusuchen.

55% der vom HEF unterstützten Patienten waren Frauen, dies entspricht dem Anteil von Frauen an allen Krankenhauspatienten. Der HEF hatte somit keine direkten Auswirkungen auf den Anteil der stationär behandelten Frauen.

Die Kosten eines HEF

Die Gesamtkosten des HEF betragen 27.100 US\$, bzw. 1.084 US \$ monatlich zur Unterstützung von 1.437 Patienten während der Untersuchungsperiode. Von diesem Betrag waren 16.260 US \$ direkte finanzielle Beihilfen (davon entfielen ca. 74% auf Krankenhausgebühren, 20% auf Transportkosten und 6% auf Lebensmittel und notwendige Utensilien). Die durchschnittliche finanzielle Beihilfe pro Begünstigtem betrug 11,32 US \$ und insgesamt 18,86 US \$. 40% der Gesamtkosten, respektive 10.840 US \$, entfielen auf Gehälter und Transportkosten für die Mitarbeiter der NGO.

2001 beliefen sich die laufenden Kosten des Bezirkskrankenhauses (für Personal, Medikamente, Benzin, Elektrizität, Verpflegung etc.) auf 152.000 US \$, oder 53 US \$ je Krankenhausaufnahme, wovon 62 % durch Staatssubventionen, 21 % durch Nutzungsgebühren und 17 % durch Dritt-

zahler (MSF und UNICEF) getragen wurden. Die Gesamtkosten des HEF für ein Jahr bezifferten sich auf 8,6% der Krankenhauskosten bzw. 13.000 US \$. Die Gesamtkosten des öffentlichen Gesundheitssystems in Sotnikum - für das Krankenhaus, 17 Gesundheitszentren und das Bezirksbüro – betragen 2 US \$ pro Kopf und Jahr von denen 0,69 US \$ auf das Krankenhaus entfielen. Die Kosten des HEF beliefen sich auf 0,06 US \$ pro Kopf und Jahr.

5. Diskussion

In Sotnikum zeigte sich, dass die Einführung eines durch eine lokale NGO verwalteten HEF den Zugang zu stationärer Behandlung für die Armen wesentlich verbessert hat. Im ersten Jahr, einschließlich des mit der Untersuchung abgedeckten Zeitraumes, hat der HEF möglicherweise vor allem die Versorgungskosten für diejenigen reduziert, die sich bereits zu einer Behandlung entschlossen hatten. Dennoch indiziert der steile Anstieg bei der Inanspruchnahme während des zweiten Jahres des Fonds, dass eine beachtliche Anzahl „neuer“ Patienten armen Haushalten entstammte, die ohne finanzielle Unterstützung das Krankenhaus nicht aufgesucht hätten.

In den ersten zwei Tätigkeitsjahren nahm die Anzahl armer Patienten im Krankenhaus stetig zu, während die Anzahl der selbst für ihre Kosten aufkommenden Patienten nicht abnahm. Die meisten Patienten, denen es zwar möglich war, das Krankenhaus aufzusuchen, die aber nicht die dortigen Kosten tragen konnten, wurden erfasst und erhielten, je nach Bedarf, finanzielle Zuwendungen. Dies stellte eine progressive Umverteilung von Ressourcen dar. Der Verlust von Mitteln an besser gestellte Patienten war gering. Die Krankenhauskosten völlig mittelloser Patienten wurden zu fast 100% übernommen (Transport, Nahrung und notwendige Utensilien). Tatsächlich könnten selbst mit einem gut funktionierenden Befreiungsmechanismus die ärmsten Patienten, für welche die Nut-

zungsgebühren nur eine unter vielen finanziellen Hindernissen für eine stationärer Behandlung darstellen, nicht erreicht werden.

Dennoch gilt es zu berücksichtigen, dass in Kambodscha die höchsten Gesundheitskosten für Haushalte außerhalb des öffentlichen Sektors anfallen (*National Institute for Statistics* und *ORC Macro* 2001); so wird Geld oft für informelle, private Praxen ausgegeben. Dementsprechend liegt das größte Potential des HEF scheinbar nicht in der *Ausgabenfinanzierung* im öffentlichen Sektor, sondern in der *Verhinderung* unnötiger Ausgaben im privaten Sektor - durch Ermutigung der Bevölkerung, adäquate öffentliche medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. So haben Untersuchungen in Kambodscha gezeigt, dass, selbst wenn Arme nicht von Gebühren befreit werden, die Existenz eines glaubwürdigen öffentlichen Gesundheitsdienstes beträchtlich zur Reduzierung der Barausgaben der Bevölkerung im Allgemeinen und der Armen im Besonderen beiträgt (Keller und Schwartz 2001; Van Leemput und Van Damme 2002).

16% aller Patienten, die während des Untersuchungszeitraumes 2000-2002 das Bezirkskrankenhaus in Sotnikum aufsuchten, wurden über den HEF unterstützt. Demgegenüber sind schätzungsweise 25% der Bevölkerung extrem arm (Tabelle 1) und weitere 25% von extremer Armut im Falle einer ernsthaften Erkrankung bedroht. Es ist wahrscheinlich, dass viele potentiell Begünstigte das Krankenhaus nicht erreichten. Verbleibende Hindernisse halten viele Arme nach wie vor davon ab, das Krankenhaus aufzusuchen. Obwohl ein HEF nicht alle Beschränkungen berücksichtigen kann, hat er das Potential, durch Verbesserung des „Marketings“ und des Informationsflusses eine positive Veränderung zu bewirken. Unsicherheiten bezüglich der Eignungskriterien und vermehrtes Eingehen auf die unterschiedlichen Arten der Beschränkungen (etwa Transport) könnten weiterhin durch die Dezentralisierung der Erfassungs- und Unterstützungsmechanismen (beispielsweise auf

Ebene der Gesundheitszentren oder Gemeinden) reduziert werden.

In Bezug auf Kosten und Zuwendungen bezuschusste der HEF die Nutzungsgebühren mit 7-10 US \$ und ermöglichte somit für Arme Krankeneinweisungen mit durchschnittlichen Kosten von 53 US \$, wovon 30 US \$ der Staat übernahm. Durch dieses Zusammenwirken fallen die Gesamtkosten, einschließlich der Verwaltungskosten, pro unterstütztem Patienten sehr viel geringer aus, als der eigentliche Wert, der für Arme zugänglich gemachten stationären Behandlung. Eine jährliche Investition von 13.000 US \$ bzw. 8,6 % des gesamten Krankenhausbudgets ermöglichte 19% der Patienten den Zugang zum Krankenhaus. Für sie wäre unter anderen Umständen der Zugang mit großen finanziellen Verlusten verbunden oder gar unmöglich gewesen. Diese Kombination aus niedrigen Kosten, gezielter Subventionierung und vielschichtiger Zuwendungen scheint ein vielversprechender Weg für internationale Geldgeber, die in Armutsbekämpfung investieren wollen.

Zwischen 2000 und 2002 existierte der HEF, geleitet von einer motivierten lokalen NRO und durch die Vertragspartner gut beaufsichtigt, als Pilotprojekt in Sotnikum. Der Mehrheit der Bevölkerung war er unbekannt. Langfristig und in einem größeren Rahmen ist das Auftreten von Problemen, etwa die Beanspruchung des Fonds durch Bessergestellte, die die Selbstauskunft über ihren ökonomischen Status den Erfordernissen angleichen, nicht ausgeschlossen. Weiterhin könnten lokale NRO eher daran interessiert sein, einen Anteil des zur Verfügung stehenden Budgets zu akquirieren, als Armen mit einem sinnvoll geführten HEF zu helfen. Um derartige Pervertierungen zu vermeiden, benötigen HEF adäquate Regulierungen, unabhängige Beaufsichtigung und Bewertung und schließlich Verantwortung gegenüber der ihnen anvertrauten Kommune innerhalb eines breiteren, auf die Interessen der Armen ausgerichteten Ansatzes. Es muss vermieden werden, dass Arme die Krankenhausversorgung überbeanspruchen, wenngleich dies angesichts der zahlreichen

Beschränkungen als sehr unwahrscheinlich erscheint. Zu guter letzt könnte in einem Gebühren-gegen-Leistung Ansatz das Interesse der Leistungsanbieter an der Nutzung mehr Probleme aufwerfen als ein Ansatz mit feststehenden Nutzungsgebühren (etwa in Form einer Pauschalsumme), wie es in Sotnikum der Fall war. In Bezug auf die verbesserten Zugangserleichterungen für Arme zum Krankenhaus war die Arbeit des HEF im kambodschanischen Kontext unzweifelhaft erheblich besser als die Resultate der Gebührenbefreiungen für arme Patienten (Tabelle 2).

Es ist wichtig, die Bedingungen, unter denen der HEF in Sotnikum wirksam betrieben werden kann, zu berücksichtigen. Erstens stellt der Fonds nur eine Ergänzung zu einem relativ gut funktionierenden Gesundheitssystem dar, in dem Personal präsent und Medikamente verfügbar sowie informelle Gebühren ausgeschlossen sind. Zweitens ermöglicht es der Kontext substantieller sozioökonomischer Differenzierung im ländlichen Kambodscha, der Mehrheit der Bevölkerung niedrigere Nutzungsgebühren zu berechnen und denjenigen Unterstützung zukommen zu lassen, die nicht zahlen können. Drittens wird der HEF von einer örtlichen NRO verwaltet, die jahrelange Erfahrung in der Region hat und gute Fähigkeiten zeigt, die tatsächlich Armen zu erfassen und ihren Interessen nachzukommen.

Die Beauftragung einer lokalen NRO mit der Verwaltung eines HEF erscheint in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft. Während staatliches oder anderes Krankenhauspersonal in Interessenskonflikte geraten und oft keinen Anreiz haben könnte, Arme zu unterstützen, ist eine vertraglich gebundene NRO dem nicht ausgesetzt. Außerdem ist eine schlecht arbeitende NRO leichter ersetzbar. Einer NRO, die als unabhängig im Gesundheitssystem agiert, ist es möglich, Arme, für die sie Gesundheitsdienstleistungen erstet, zu repräsentieren und die Rechte ihrer Patienten gegenüber den staatlichen Angestellten einzuklagen. Neben verbessertem finanziellem Zugang durch soziale und psychologische Betreu-

Tabelle 2. Gebührenbefreiung vs. HEF in Kambodscha, bezüglich erleichterter Zugangsbedingungen für arme Patienten

| | Gebührenbefreiung für arme Patienten | HEF für arme Patienten |
|---|--|---|
| Nutzen für die Patienten | keine Gebühr. | keine Gebühr und Unterstützung für Transport- und andere Kosten |
| Wahrnehmung durch das medizinische Personal | Negativ. Das Krankenhaus muss auf Einnahmen durch arme Patienten verzichten; Mitarbeiter versuchen, die Aufnahme armer Patienten zu vermeiden. | Positiv. Erhöhung der Einnahmen durch die Versorgung armer Patienten. |
| Zielgruppenbestimmung | Schlecht, da dass medizinische Personal für die Erfassung Armer nicht qualifiziert ist und auch kein Interesse daran hat. | Gut, da die Sozialarbeiter der NGO auf die Erfassung Armer spezialisiert sind und ihre Arbeit hierüber bewertet wird. |
| Kosten | Theoretische gar keine Kosten, und vor allem keine Verwaltungskosten | Ziemlich niedrig: 8,6% der Krankenhauskosten |
| Endergebnisse | Nicht effektiv / rentabel | Rentabel und kostengünstig. |

Patienten wieder hergestellt werden. Dennoch sollte die potentielle Rolle von NRO nicht überbewertet werden, da diese nicht unbedingt der Bevölkerung, für die sie arbeiten, Rechenschaft ablegen müssen.

Unzweifelhaft sind mehr Erfahrungen und weitere Untersuchungen in verschiedenen sozioökonomischen Kontexten und Gesundheitssystemen über HEF vonnöten. Ein anderer Untersuchungsaufbau, in welchem das örtliche NRO Spektrum weniger gut entwickelt oder in dem andere Alternativen angebracht erscheinen, ist ebenso vorstellbar. Die jeweiligen Vorteile und Kosten einer Vorerfassung Armer (beispielsweise in Form von Bedürftigkeitsnachweisen) oder die Erfassung am Krankenhauseingang (wie in Sotnikum) könnten gegenübergestellt werden. Vergleichende qualitative und quantitative Studien würden sowohl eine bessere Einschätzung der potentiellen Rolle von HEF in der nationalen Gesundheits- und Sozialgesetzgebung (z.B. Gebührenfreistellung, soziale Sicherheitsnetze) ermöglichen als auch ihre Kosteneffizienz in der Armutsbekämpfung und -Vorbeugung.

Literatur

- Abel-Smith B, Rawal P. 1992. Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning* 7: 329–41.
- Audibert M, Mathonnat J. 2000. Cost recovery in Mauritania: initial lessons. *Health Policy and Planning* 15: 66–75.
- Bloom G, Han L, Li X. 2000. *How health workers earn a living in China*. IDS Working Paper 108. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- Chanda N. 1986. *Brother enemy. The war after the war. A history of Indochina since the fall of Saigon*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Collins W. 2000. *Medical practitioners and traditional healers: a study of health seeking behavior in Kampong Chhnang, Cambodia*. Phnom Penh: Center for Advanced Studies.
- Creese AL. 1991. User charges for health care: a review of recent experience. *Health Policy and Planning* 6: 309–19.
- Criel B, Van der Stuyft P, Van Lerberghe W. 1999. The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its

- impact on hospital utilization patterns. *Social Science and Medicine* 48: 897–911.
- Gilson L. 1997. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning* 12: 273–85.
- Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F et al. 2001. Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. *Health Policy* 58: 37–67.
- Gilson L, Russell S, Buse K. 1995. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development* 7: 369–401.
- Hjortsberg CA, Mwikisa CN. 2002. Cost of access to health services in Zambia. *Health Policy and Planning* 17: 71–77.
- Huber JH. 1993. Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example. *Social Science and Medicine* 36: 485–94.
- Kassie A. 2000. *Credit and landlessness: impact of credit access on landlessness in Cheung Prey and Battambang districts, Cambodia*. Phnom Penh: Center for Advances Studies.
- Keller S, Schwartz JB. 2001. *Final evaluation report: Contracting for health services pilot project*. Phnom Penh: Asian Development Bank.
- Khe ND, Toan NV, Xuan LT et al. 2002. Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy* 61: 95–109.
- Killingsworth JR, Hossain N, Hedrick-Wong Y et al. 1999. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning* 14: 152–63.
- Lanjouw S, Macrae J, Zwi AB. 1999. Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies. *Health Policy and Planning* 14: 229–42.
- Levy-Bruhl D, Soucat A, Osseni R et al. 1997. The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management* 12 (Suppl 1): S49–S79.
- Litvack JI, Bodart C. 1993. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine* 37: 369–83.
- McPake B. 1993. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Social Science and Medicine* 36: 1397–405.
- McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F et al. 1999. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine* 49: 849–65.
- McPake B, Hanson K, Mills A. 1993. Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science and Medicine* 36: 1383–95.
- Meessen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W. 2002. *The New Deal in Cambodia: the second year*. Phnom Penh: MSF Cambodia.
- Ministry of Health/Swiss Red Cross/World Health Organization. 2002. *Takéo provincial referral hospital: pioneering a health financing scheme*. Phnom Penh: Swiss Red Cross.
- Nanda P. 2002. Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 10: 127–34.
- National Institute of Statistics C and ORC Macro. 2001. *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*. Phnom Penh: Cambodia, and Calverton, MD: National Institute of Statistics and ORC Macro.
- Nyonator F, Kutzin J. 1999. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning* 14: 329–41.
- Panhavichetr P. 1998. *Gender relations in household food security: a case study of Kok Dong village, Cambodia*. The Hague: Institute of Social Studies.
- Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceicao MC, Van Lerberghe W. 1997. How African doctors make ends meet: an exploration. *Tropical Medicine and International Health* 2: 127–35.
- Soeters R, Griffiths F. 2003. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 18: 74–83.

- Uzochukwu BS, Onwujekwe OE, Akpala CO. 2002. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy and Planning* 17: 378–83.
- Van Damme W, De Brouwere V, Boelaert M, Van Lerberghe W. 1998. Effects of a refugee-assistance programme on host population in Guinea as measured by obstetric interventions. *The Lancet* 351: 1609–13.
- Van Damme W, Meessen B, von Schreeb J et al. 2001. *Sotnikum New Deal, the first year*. Phnom Penh: MSF Cambodia.
- Van Leemput L, Van Damme W. 2002. Dengue epidemic in Thmar Pouck, April-December 2001. Disease and its cost in rural Cambodia. Phnom Penh: MSF Cambodia.
- Van Lerberghe W, Conceicao C, Van Damme W, Ferrinho P. 2002. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization* 80: 581–4.
- Van Lerberghe W, Pangu KA. 1988. Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaïre. *Social Science and Medicine* 26: 949–55.
- Wagstaff A. 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization* 80: 97–105.
- Willis CY, Leighton C. 1995. Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing. *Health Policy and Planning* 10: 241–56.
- World Bank. 1993. *World development report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press.

Übersetzung: Daniel Apolinarsky

VII. Integrierte Strategien, die ungleiche Verteilung von Ärzten in Thailand anzugehen: Erfahrungen aus vier Jahrzehnten

Suwit Wibulpolprasert und Paichit Pengpaibon

Zusammenfassung

Die ungleiche Verteilung von Ärzten mit einer hohen Konzentration in urbanen Zentren hat negative Auswirkungen auf das Ziel des Gesundheitswesens der "Gesundheit für alle". Es handelt sich daher um eine der wichtigsten Aufgaben für die meisten Gesundheitspolitiker, vor allem in den Entwicklungsländern. Dieser Aufsatz versucht die Strategien zur Überwindung der ungleichen Verteilung der Humanressourcen im Gesundheitswesen (human resources for health = HRH) zwischen städtischen und ländlichen Räumen zusammenzufassen, indem vier Jahrzehnte Erfahrungen aus Thailand als Fallbeispiel genutzt werden.

Einleitung

Die schlechte Verteilung der Humanressourcen im Gesundheitsbereich ist ein weltweites Phänomen, das in verschiedenen Ausprägungen auftritt.³⁷ Die erste und wichtigste Sorge stellt die ungleiche räumliche Verteilung dar, insbesondere von Fachleuten wie z.B. Ärzten. In entwickelten Ländern und Städten, mit hohem Lebensstandard, höheren Einkommen, größerer sozialer Anerkennung und höherer Job-Zufriedenheit ist die Ärztedichte in der Regel am höchsten. Die zweite Form der Ungleichverteilung besteht im Mischungsverhältnis der medizinischen Fertigkeiten. Viele Länder, so wie Bangladesch, Brasilien, China und Pakistan haben mehr Ärzte als Krankenschwestern. Ein drittes Problem stellt die Überspezialisierung dar. Das vierte ist die schlechte Verteilung der Institutionen und das letzte die Ungleichverteilung zwischen den Geschlechtern.

³⁷ Wibulpolprasert S: Human Resources for Health Development in the Context of Health Sector Reform. A training module for the Flagship training courses in Health Sector Reform. Washington DC: World Bank 1997.

Viele Faktoren beeinflussen die ungleiche Verteilung von Ärzten; das umfasst Punkte wie die allgemeine soziale und ökonomische Ungleichheit, das Ausbildungssystem im Gesundheitswesen, Gehaltsanreize, die Entwicklung des privaten oder öffentlichen Gesundheitswesens und sozialen Reformdruck (Abb. 1).³⁸ Die Bewegung hin zu einer stärkeren Einbindung des privaten Sektors bei den Gesundheitsdienstleistungen, die Zahlung von Gebühren für Dienstleistungen im Rahmen eines Gebühren-Systems für Nutzer, die schlecht durchgeführte Dezentralisierung und zunehmende Einkommensungleichheiten führen normalerweise zu einer Verschiebung der HRH zu Gunsten großer Städte, privater Krankenhäuser und Spezialdienstleistungen. Im Gegensatz dazu führen Investitionen in das öffentliche Gesundheitssystem, die Bekämpfung von Kosten, Fall- oder Kopfpauschalen, verbesserte Einkommensverteilung und effiziente Dezentralisierung zu einer Verteilung der HRH zu Gunsten der ländlichen Bevölkerung, der urbanen Armen und hin zu einer öffentlicher Grundversorgung, was wiederum einen erhöhten Bedarf an HRH mit geringem Ausbildungsniveau zur Folge hat.³⁹ Das Problem der ungleichen Verteilung von Ärzten sollte daher sowohl als Teil der gesamten sozialen Ungleichheit gesehen werden, als auch als Problem in der Organisation des Gesundheitssystems.

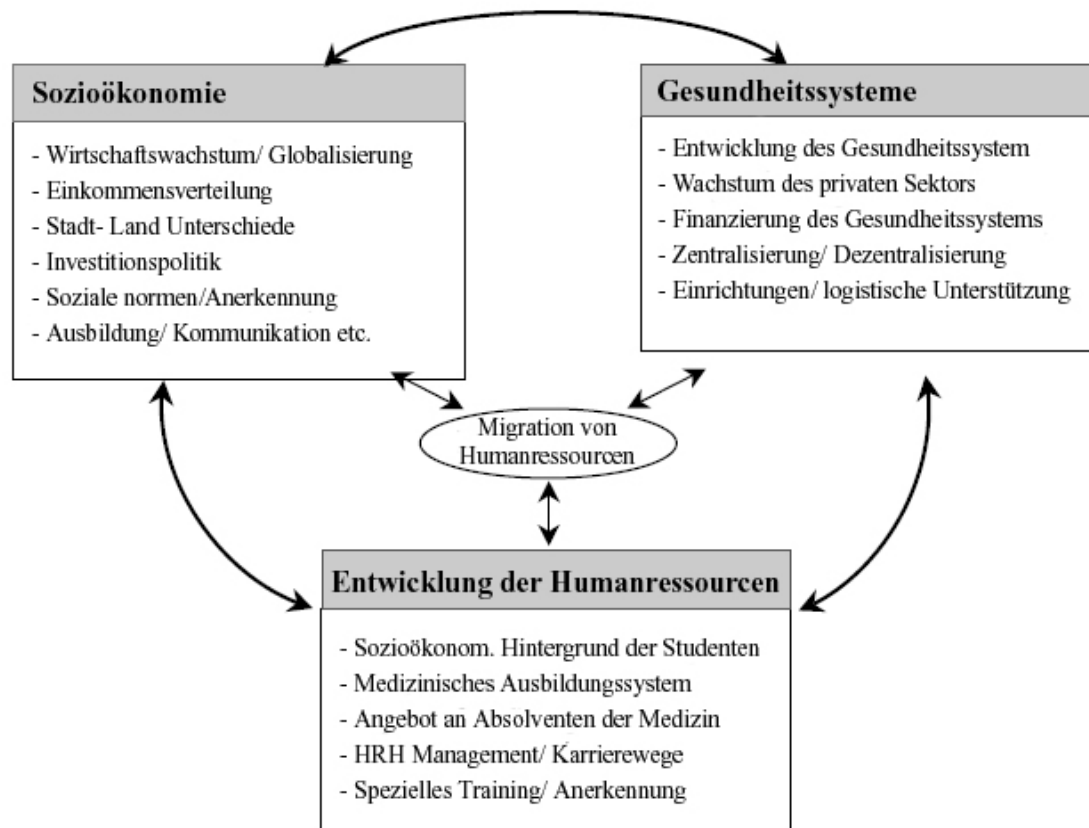
Übersicht das Gesundheitssystem in ländlichen Räumen in Thailand

Thailand gehört zu den Entwicklungsländern mit unterem bis mittlerem Einkom-

³⁸ Wibulpolprasert S: Inequitable distribution of doctors: Can it be solved? *Human Resources for Health Development Journal* 1999, 1:2-39.

³⁹ Wibulpolprasert S: Human Resources for Health Development in the Context of Health Sector Reform. A training module for the Flagship training courses in Health Sector Reform. Washington DC: World Bank 1997.

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Verteilung von Ärzten



Quelle: übernommen aus Wibulpolprasert S: Inequitable distribution of doctors: Can it be solved? *Human Resources for Health Development Journal* 1999, 1:2-39.

mensniveau und hatte im Jahr 2002 eine Bevölkerung von 62,3 Millionen, von denen 65% in ländlichen Räumen leben. Das Land ist in 75 Provinzen, 774 Bezirke, 81 Unterbezirke und 6.397 Kommunen – *Tambons* genannt – unterteilt.⁴⁰

Ein erster Schwerpunkt der Aktivitäten des in Thailand entwickelten Gesundheitssystems war die Einrichtung von Schulen, um Arbeitskräfte für den Gesundheitssektor auszubilden. Die erste medizinische Universität wurde 1888 gegründet, danach folgten Hochschulen für Krankenpflege, Zahnmedizin und Pharmazie. Die Absolventen dieser Institutionen wurden vorwiegend in der Landeshauptstadt eingesetzt.

Zu diesem Zeitpunkt erkannte die Regierung die Schwierigkeiten und hohen Kosten der Erweiterung des Gesundheitssystems mit gut ausgebildeten Gesundheitsfachleuten. Es wurde auch Personal auf mittlerem Niveau ausgebildet, um die Mutter- und Kind Betreuung, Impfungen und Umwelt- und Gesundheitssysteme (*environmental health systems*) in ländlichen Kleinstädten sicherzustellen. Dies waren größtenteils Hebammen und Krankenpfleger, die eine ein- oder zweijährige Ausbildung nach Abschluss der Mittelschule absolvierten. Sie arbeiteten in einer relativ kleinen Zahl von ländlichen Geburts- und Gesundheitszentren.⁴¹

⁴⁰ Wibulpolprasert S, Ed: Thailand health profile 1999–2000. Bangkok: Veteran Press 2002.

⁴¹ Jindawatthana A, Milintangkul U, Rajataramya B: Future policy options for HRH production in the Ministry of Public

Erst in den frühen 1950 Jahren hatte jede Provinz ein eigenes Krankenhaus erhalten, meistens relativ kleine Anlagen mit 20- 30 Betten. Während dieser frühen Periode wurden Medizinstudenten Stipendien angeboten mit der Auflage, danach für das Gesundheitsministerium (*Ministry of Public Health* = MoPH) zu arbeiten. Nach Abschluss des Studiums blieben diejenigen, die keine Stipendien erhalten, hatten in den Medizinischen Hochschulen, während diejenigen, die Stipendien erhalten hatten, in die Provinzkliniken oder größere ländliche Gesundheitszentren geschickt wurden.

Seit 1977 hat die Gesundheitspolitik für ländliche Räume zu einer deutlichen Ausweitung von Gesundheitsdienstleistungen im ländlichen Raum geführt. Im Dezember 2001 gab es 728 Bezirkskrankenhäuser, die mehr als 95% der ländlichen Bezirke abdeckten. Diese Krankenhäuser haben zwischen 10 und 120 Betten, die meisten von ihnen haben 30 Betten. Es gab 2.725 Ärzte in den Bezirkskrankenhäusern, die 57,95% des Gesamtbedarfs von 4.700 Ärzten abdecken. Auf Provinzebene gibt es 92 Krankenhäuser. Von diesen fallen 25 in die Kategorie Regionalkrankenhaus mit 500 bis 1.000 Betten; der Rest sind allgemeine Krankenhäuser mit 150 bis 450 Betten. In diesen urbanen Provinzkrankenhäusern gab es 5.636 Ärzte.

Mit der Ausnahme der examinierten Krankenschwestern werden die meisten Fachleute zurzeit in öffentlichen Universitäten ausgebildet, die dem Universitätsministerium (*Ministry of University Affairs* = MoUA) unterstehen, während Angehörige medizinischer Assistenzberufe und examinierte Krankenschwestern größtenteils durch das MoPH ausgebildet werden.⁴² Das Anwerbungssystem für Fachleute mit Universitätsausbildung unterscheidet sich sehr

von demjenigen für Angehörige medizinischer Assistenzberufe und die meisten examinierten Krankenschwestern. Für die Fachleute existieren allgemeine nationale Aufnahmeprüfungen, während die Angehörigen medizinischer Assistenzberufe und die meisten der examinierten Krankenschwestern von den einzelnen Provinzen mittels lokaler Aufnahmeprüfungen angeworben werden. Im Jahre 2002 gab es elf öffentliche und eine private Medizinische Fakultät, die insgesamt 1.400 Absolventen ausgebildet haben (Abb. 2).

Nach dem Abschluss an einer öffentlichen Medizinischen Fakultät muss jeder Absolvent drei Jahre im staatlichen Gesundheitssystem arbeiten. Diese Ärzte dürfen auch private Praxen eröffnen und viele machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Allerdings erhalten sie eine Bonuszahlung von 250 US\$ pro Monat, wenn sie auf dieses Recht verzichten.

Geschichte und Trends der Ungleichverteilung von Ärzten

Für die letzten vier Jahrzehnte kann die Verteilung von Ärzten im ländlichen Thailand in vier verschiedene Phasen unterteilt werden:

Externer Brain Drain (1960-1975)

Die hohe Nachfrage nach Ärzten in den USA während der frühen 1960er Jahre eröffnete für gut ausgebildete Ärzte in Thailand eine verlockende Möglichkeit zur Emigration. Im Bericht des Kongress von 1965 wurde festgehalten, dass der erste Jahrgang an Absolventen einer Medizinfakultät im Norden Thailands Flüge gechartert hatte, um in die USA zu emigrieren. Tabelle 1 zeigt, dass im Jahr 1965 die Hälfte der Medizinabsolventen ausgewandert ist, größtenteils in die USA.⁴³ Während dieser Periode gab es weniger als 300 Ärzte im sehr schlecht ausgestatteten ländlichen Gesundheitssystem Thailands.

Health, Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1998, 3:43-54.

⁴² Jindawatthana A, Milintangkul U, Rajataramya B: Future policy options for HRH production in the Ministry of Public Health, Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1998, 3:43-54. Milintangkul U: Equivalence determination of qualifications and degrees for education and training of health professions in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1997, 2:135-147.

⁴³ Sawetajinda C: Measures for bonding of medical graduates for public services. Bangkok: *Civil Service Commission* 1997. mimeograph in Thai

Tabelle 1: Externes Brain Drain, Thailand

| Jahr | Gesamtzahl an Medizinabsolventen | Emigranten | Externer Brain Drain (%) |
|--------|----------------------------------|------------|--------------------------|
| 1963 | 233 | 56 | 24 |
| 1964 | 236 | 81 | 34 |
| 1965 | 276 | 140 | 52 |
| Gesamt | 745 | 277 | 37 |

Quelle: Wibulpolprasert S: Inequitable distribution of doctors: Can it be solved? *Human Resources for Health Development Journal* 1999, 1:2-39.

Das Problem des externen Brain Drain von Ärzten scheint die meisten Entwicklungsländer zu betreffen, vor allem Afrika. In Ghana wurde geschätzt, dass zwischen 1985 und 1997 die aggregierte jährliche Emigrationsquote 14% betrug. Das heißt, dass 50% jedes Absolventenjahrgangs innerhalb von 4,5 Jahren auswandern, größtenteils nach Großbritannien und in die USA.⁴⁴ Trotzdem bilden einige Länder, wie Kuba, Indien und die Philippinen Ärzte für den Export aus.

Die Zeit des externen Brain Drain hat in Thailand mehr als ein Jahrzehnt gedauert und führte zur Emigration von ca. 1.500 Ärzten in die USA, was 25% des gesamten Bestands umfaßte. Die meisten von ihnen kehrten nicht zurück. Das Ergebnis war ein Mangel an Ärzten im Land, vorwiegend in den ländlichen Regionen.

Entwicklung im ländlichen Raum mit höherer Gleichverteilung

Die schnelle Abwanderung von Medizinabsolventen veranlasste die Regierung im Jahr 1968, Zwangsverträge mit den Medizinstudenten durchzusetzen, durch die jene durch die Androhung hoher Strafen gezwungen wurden, nach Abschluß des Studiums drei Jahre im öffentlichen Gesundheitswesen tätig zu werden. Der erste Jahrgang dieser zwangsverpflichteten Ärzte trat seine Stellen im Jahr 1972 an. Vor allem das hohe Niveau an Sozialbe-

wusstsein während der frühen 1970er Jahre, gefolgt von der "Alma-Ata Erklärung ‚Gesundheit für alle‘", schaffte ein soziales Umfeld, das die schnelle Entwicklung der ländlichen Gesundheitsinfrastruktur und ein ausgeglicheneres Gesundheitssystem förderte.⁴⁵ Diese Entscheidungen führten zu einem Anwachsen der Anzahl an ländlichen Krankenhäusern und Ärzten von 200 und 300 im Jahr 1976 auf jeweils 425 und 1.162 im Jahr 1985, was einer Vervierfachung der Ärztezahl entspricht (Abb. 3). Der Unterschied zwischen der Ärzte/Einwohner Quote zwischen den ärmsten Region Nordost und der Hauptstadt Bangkok fiel vom 21fachen im Jahr 1979 auf das 8,6fache im Jahr 1986 (Abb. 4).

Wirtschaftswachstum und interner Brain Drain

Obwohl der Schwerpunkt weiterhin auf die Entwicklung in den ländlichen Räumen gelegt wurde, förderten das hohe Wirtschaftswachstum und die staatliche Investitionspolitik der späten 1980er Jahre erhöhte Investitionen in private Krankenhäuser durch den freien Zufluss von ausländischen Krediten mit niedrigen Zinssätzen, was im letzten Jahrzehnt (1988–1997) zu einem schnellen Wachstum des privaten Gesundheitssektors führte. Diese Situation führte zu einer zweiten Welle des Brain

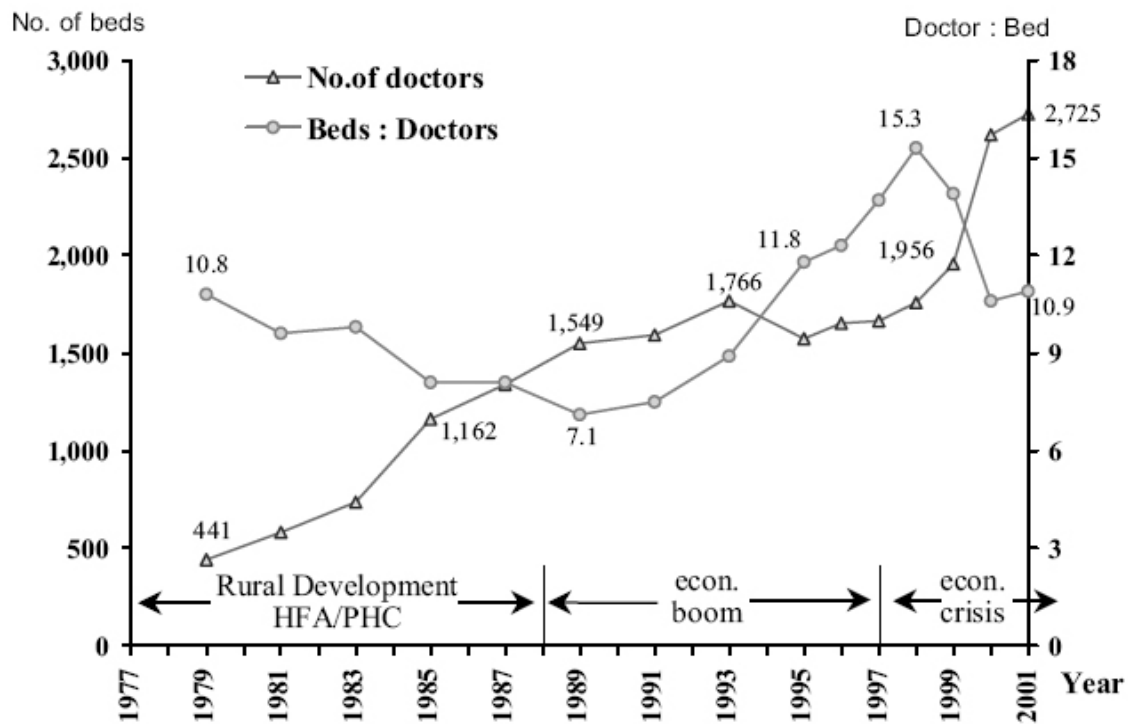
⁴⁴ Dovlo D, Nyonator F: Migration by graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal* 1999, 1:42-54.

⁴⁵ National Economic and Social Development Board: The fifth national economic and social development plan, 1982–1987. *Bangkok: Veteran Press* 1982. in Thai. Wibulpolprasert S: Distribution of health resources in Thailand. In *Proceedings of the First Thai Health Assembly Bangkok: National Health Foundation*; 1989. in Thai

Abb. 2: Verteilung von Medizinischen Fachschulen in Thailand

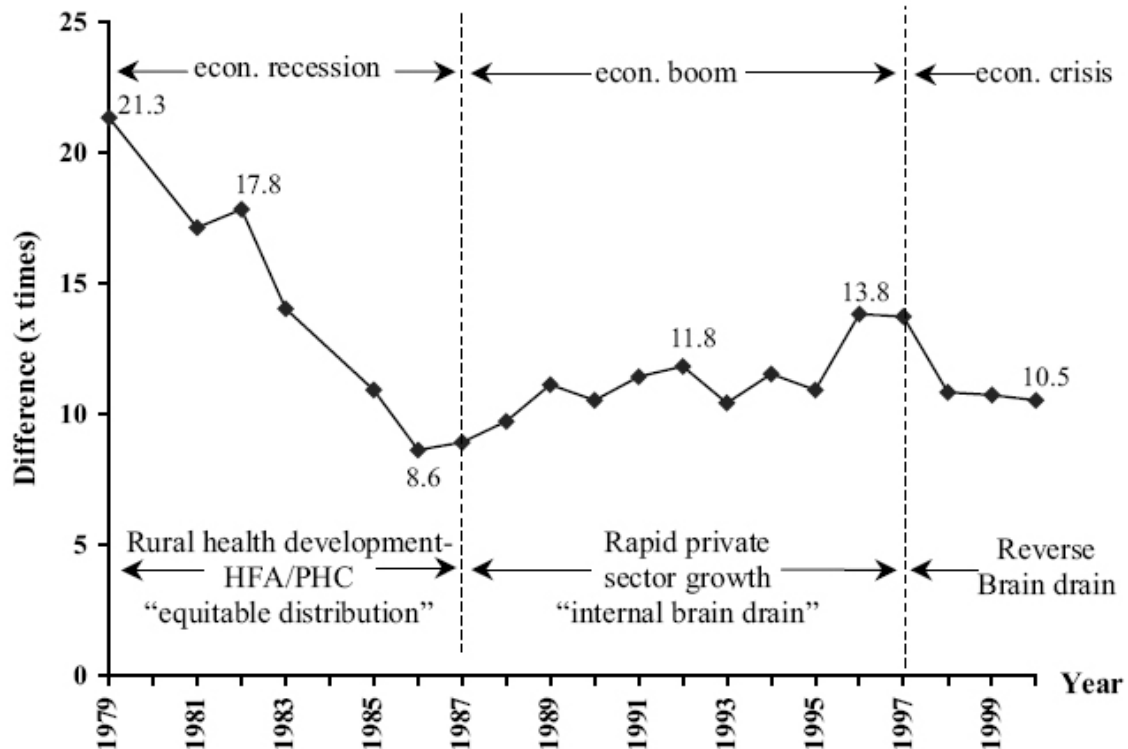


Abb. 3: Anzahl Betten und Ärzte in Gemeindekrankenhäusern, 1977–2001



Quelle: Wibulpolprasert S, Ed: Thailand health profile 1999–2000. Bangkok:Veteran Press 2002.

Abb. 4: Unterschiede zwischen der Einwohner/Arzt Quote im Nordosten und in Bangkok, 1979–2000



Quelle: Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health

Drain, das sich jedoch diesmal als internes manifestierte, die Wanderung von ländlichen Bezirks- und Provinzkrankenhäusern zu den schnell wachsenden städtischen Krankenhäusern.

Vor Beginn des wirtschaftlichen Booms im Jahr 1986 betrug der Anteil der privaten Krankenhausbetten ca. 10%. Diese Zahl wuchs an auf 25% im Jahr 1995.⁴⁶ Seit 1990 wuchs die Zahl der Betten in den Bezirkskrankenhäusern stetig an, während jedoch die Zahl der Ärzte nicht mehr stieg und in einigen Fällen sogar sank (Abb. 3). Auf der anderen Seite wuchs die Zahl der Betten, ebenso wie die Zahl der Ärzte in privaten Krankenhäusern. Von 1985 bis 1995 stieg die Zahl der Ärzte in privaten Krankenhäusern von 1.000 auf 3.300, eine

Verdreifachung innerhalb von 10 Jahren (Abb. 5).⁴⁷

Der Nettoverlust (Kündigung-Neubewerbung) an Ärzten – im Vergleich zu den Einstiegern – aus dem Bereich des MoPH stieg von 8% im Jahr 1994 auf 30% im Jahr 1997 (Tabelle 2). Diese Situation des internen Brain Drain war so dramatisch, dass im April 1997, drei Monate vor Beginn der Asienkrise, 21 Bezirkskrankenhäuser ohne einen einzigen Vollzeit-Arzt waren.⁴⁸ Die Betten/Arzt Quote in den Bezirkskrankenhäusern

⁴⁷ Wibulpolprasert S, Suksiriserikul S, Chunharas S *et al.*: Equity in health and health care in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute 1997. A paper presented at the Travelling Seminar on Equity in Health, organized by the Kaiser Family Foundation, Nasugbu, Philippines, 29 June–6 July 1997, mimeograph

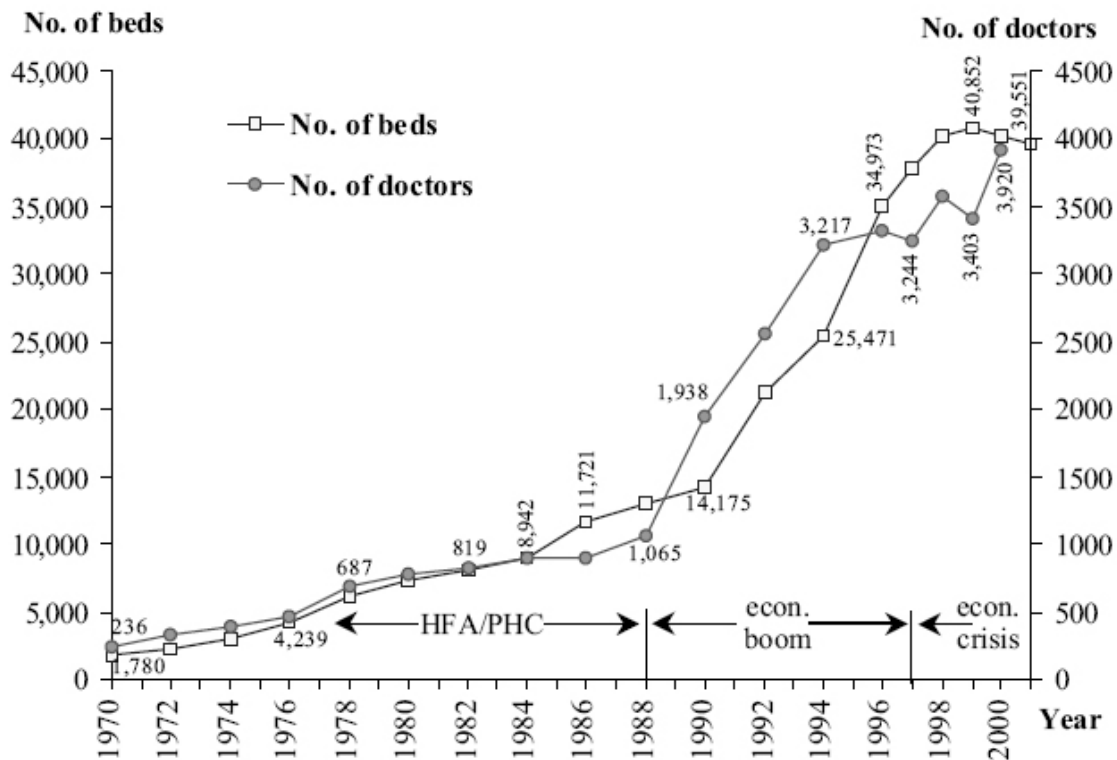
⁴⁸ Wibulpolprasert S: Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell* Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2001.

⁴⁶ Wibulpolprasert S, Ed: Thailand health profile 1999–2000. Bangkok: Veteran Press 2002.

Tabelle 2: Verlust von Ärzten des GM, 1994–2002

| Jahr | Anzahl der Ärzte | | | | Verlust (%) |
|------|------------------|-----------------|-------------|--------------|-------------|
| | Neue Absolventen | Wiederbewerbung | Kündigungen | Nettoverlust | |
| 1994 | 526 | - | 42 | 42 | 8.0 |
| 1995 | 576 | - | 71 | 71 | 12.3 |
| 1996 | 568 | - | 98 | 98 | 17.3 |
| 1997 | 579 | 30 | 205 | 175 | 30.2 |
| 1998 | 618 | 93 | 117 | 24 | 3.8 |
| 1999 | 830 | 168 | 63 | -105 | -12.6 |
| 2000 | 893 | 92 | 133 | 41 | 4.6 |
| 2001 | 883 | 67 | 135 | 68 | 7.7 |
| 2002 | 913 | 22 | 316 | 294 | 32.2 |

Quelle: Personnel Division, Office of the Permanent Secretary, MoPH

Abb. 5: Private Ärzte und Betten in Thailand, 1977–2001, 1977–2001

Quelle: Medical Registration Division, Bureau of Health Policy and Plan, MoPH

häusern stieg von 7,1:1 im Jahr 1989 auf 15,3:1 im Jahr 1998 (Abb. 3).⁴⁹ Dieser Anstieg der Arbeitsbelastung ist ein weiterer wichtiger Faktor, der Ärzte bewog, die ländlichen Bezirkskrankenhäuser zu verlassen. Der Unterschied der Arzt/Einwohner Quote zwischen der ärmsten Region Nordost und Bangkok stieg vom 8,6fachen im Jahr 1986 auf das 13,8fache im Jahr 1996.

Wirtschaftskrise und umgekehrter Brain Drain

Die schwere Wirtschaftskrise, die Mitte 1997 begann, führte zu einem drastischen Nachfragerückgang nach privaten Gesundheitsdienstleistungen. Die Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen der privaten Krankenhäuser sank zwischen 20% und 70%.⁵⁰ Die meisten privaten Krankenhäuser reduzierten die Anzahl der Betten und Ärzte, manche schlossen komplett. Das umgekehrte Brain Drain wird daran deutlich, dass die Anzahl der Ärzte in Bezirkskrankenhäusern von 1.653 im Jahr 1997 auf 2.725 im Jahr 2001 stieg und die Betten/Ärzte Quote von 15,3 im Jahr 1998 auf 10,6 im Jahr 2000 fiel (Abb. 3). Der Unterschied der Arzt/Einwohner Quote zwischen dem armen Nordosten und Bangkok verringerte sich vom 13,8fach im Jahr 1996 auf das 10,5fach im Jahr 2001 (Abb. 4). Der Nettoverlust an Ärzten reduzierte sich ebenfalls stark und 1999 gab es ein 12%iges Nettowachstum zusätzlich zu den Absolventen (Tabelle 2). Die wirtschaftliche Erholung seit dem Jahr 2000 und der Zustrom von ausländischen Patienten, sowie die Nachfrage nach weiterführender Ausbildung, scheinen im Jahr 2002 eine neue Runde von internem Brain Drain gestartet zu haben (Tabelle 2).

Strategien zur Lösung der ungleichen räumlichen Verteilung von Ärzten in Thailand

In Thailand gab es mehrere Strategien als Antwort auf die ungleiche Verteilung von Ärzten. Um auf die speziellen Probleme der einzelnen Entwicklungsphasen zu reagieren wurden weitere Strategien angewandt. Einige davon wurden kontinuierlich verfolgt, andere waren ad hoc-Lösungen.

Entwicklung der ländlichen Gesundheitsinfrastruktur

Um die Mitarbeiter des Gesundheitswesens auf die ländlichen Räume verteilen zu können, musste die Gesundheitsinfrastruktur dort entwickelt werden. Im Jahr 1979 startete die Regierung Thailands die Entwicklung des Gesundheitswesens im ländlichen Raum als Teil eines integrierten nationalen Entwicklungsprojekts für ländliche Räume.⁵¹ Um diese Politik in einer Zeit begrenzter Ressourcen erfolgreich und effektiv zu gestalten, wurde der Ausbau städtischer Krankenhäuser von 1982 bis 1986 vollständig gestoppt.

Das Ergebnis war eine Verlagerung der Ressourcen von den Städten in ländliche Bezirke und ein schnelles Wachstum der Anzahl und der Kapazitäten von Krankenhäusern in den ländlichen Bezirken (Abb. 3).⁵² Eine gute logistische Unterstützung, Wohnungsbau und andere Anreize halfen, die notwendigen Arbeitskräfte zu behalten. Diese Strategie verbesserte die Qualität und den Zugang zu ländlichen Gesundheitseinrichtungen und führte zu einer Umkehrung des Verhältnisses von ambulanten Dienstleistungen zu den drei Ebenen der ländlichen Gesundheitseinrichtungen, von einem umgekehrten Dreieck zu einem aufrecht stehenden (Tabelle 3).

⁴⁹ Wibulpolprasert S, Ed: Thailand health profile 1999–2000. Bangkok: Veteran Press 2002.

⁵⁰ Wibulpolprasert S: Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell* Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2001.

⁵¹ National Economic and Social Development Board: The fifth national economic and social development plan, 1982–1987. Bangkok: Veteran Press 1982. in Thai

⁵² Wibulpolprasert S: Distribution of health resources in Thailand. In *Proceedings of the First Thai Health Assembly* Bangkok: National Health Foundation; 1989. in Thai

Tabelle 3: Anzahl und Anteil der OPD Besuche öffentlicher Gesundheitseinrichtungen

| Jahr | Städtische Provinz- krankenhäuser | Ländliche Kommunal- krankenhäuser | Ländliche Gesund- heitszentren |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1977 | 24.4% (2.9) | 46.2% (5.5) | 29.4% (3.5) |
| 1989 | 27.% (10.9) | 32.8% (12.9) | 39.4% (15.5) |
| 2000 | 18.2% (20.4) | 35.7% (40.2) | 46.1% (51.8) |

Quelle: Rural Health Division, MoPH. Anzahl der OPD Besuche (Mio.) in Klammern.

Ausbildungsstrategien

Ländliche Anwerbung, Ausbildung und heimatnaher Einsatz

Die Anwerbung und Ausbildung in ländlichen Gesundheitseinrichtungen, der Einsatz im Herkunftsort nach Abschluss der Ausbildung und die begrenzten Möglichkeiten, private Praxen zu eröffnen, sind die Gründe, die zu einer erfolgreichen Verteilung von examinierten Krankenschwestern, Hebammen und Angehörigen medizinischer Assistenzberufe durch das MoPH führten.⁵³ Diese stellen das Rückgrad der Arbeitskraft in den ländlichen Gesundheitszentren und den Bezirkskrankenhäusern dar. Nach der Anwerbung durch ein Verfahren auf Provinzebene, der einen Wohnort innerhalb der Provinz verlangt, müssen Verträge mit dem entsprechenden Provinz-Gesundheitsbüro abgeschlossen werden. Diese Verträge enthalten die Verpflichtung, nach Abschluss der Ausbildung zwei bis vier Jahre im öffentlichen Gesundheitssektor derselben Provinz berufstätig zu sein.

Die Studierenden werden in 34 Fachschulen für Krankenpflege und sechs öffentlichen Gesundheitsfachschulen des Gesundheitsministeriums ausgebildet. Diese Institutionen sind über das ganze Land verteilt. Die Studierenden haben hochsubventio-

nierte Ausbildungs- und Unterrichtsgebühren, die nur 5% der realen Kosten abdecken, dazu erhalten sie für die Zeit ihrer Ausbildung kostenfrei Kleidung, Unterkunft, Verpflegung und Lernmaterialien. Praktische Übungen werden größtenteils in den ländlichen Provinz- und Bezirkskrankenhäusern und Gesundheitszentren durchgeführt, an denen die Studierenden nach Abschluß der Ausbildung auch arbeiten werden. Daher sind sie mit den ländlichen Einrichtungen und der Arbeitsumgebung bereits gut bekannt. Mit Ausnahme von Krankenschwestern und Hebammen erwerben die meisten von ihnen keine Lizenz, um nachher private Praxen zu eröffnen.

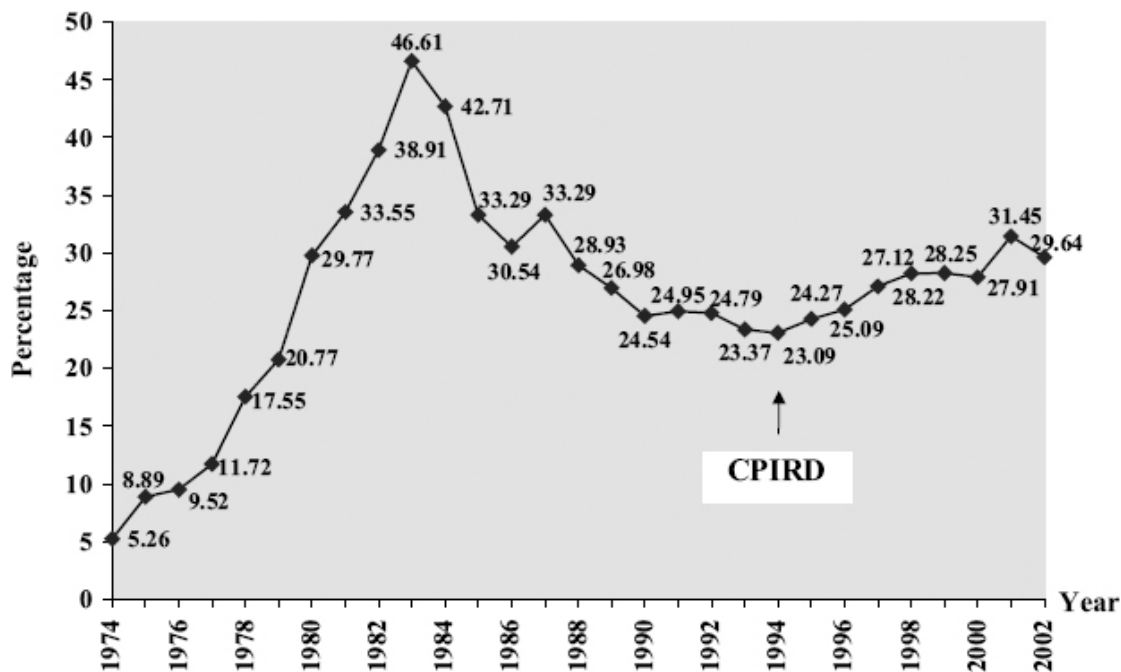
Versuche mit dieser Strategie der medizinischen Ausbildung hatten zu einem gewissen Grad Erfolg. Der erste wurde 1974 in einer der zentralen medizinischen Ausbildungseinrichtungen gestartet. Die Studierenden wurden mittels eines speziellen Verfahrens aus den ländlichen Provinzen angeworben, dieses wurde unter Mitarbeit der Gesundheitsbehörden der Provinzen und der Fachschuldozenten durchgeführt. Nach Abschluß der Studiums wurden die Absolventen zurück in die Provinzen/Bezirke geschickt, aus denen sie gekommen waren. Dieses System wurde während der 1980er Jahre auf andere medizinische Fachschulen ausgeweitet. Die Erfahrungen mit der ersten Medizinfachschule zeigten, dass sich dadurch die Tätigkeit im ländlichen Raum der Absolventen verlängert hatte, denn zwei Drittel

⁵³ Jindawatthana A, Milintangkul U, Rajataramya B: Future policy options for HRH production in the Ministry of Public Health, Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1998, 3:43-54.

Tabelle 4: Einsatzorte der MESRAP Absolventen

| Jahrgang | Prozentsatz in ländlichen Bezirken | |
|----------|------------------------------------|------------------|
| | In den ersten drei Jahren | Nach drei Jahren |
| 1-9 | 83.13 | 68.67 |
| 10 | 68.57 | 68.57 |
| 11-13 | 85.34 | - |

Quelle: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abb. 6: Anteil an Medizinstudenten mit ländlicher Herkunft

Quelle: Faculty of Medicine of all Universities. CPIRD: Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors (Projekt zur Steigerung der Zahl von Ärzten auf dem Land)

der Absolventen verlängerten ihre Stellen nach Ablauf der drei Pflichtjahre (Tabelle 4).⁵⁴

Eine Studie der Nordost-Medizinfachschule zeigte, dass die Effektivität erhöht werden kann, wenn nur Studierende angeworben würden, die im ländlichen Raum aufgewachsen sind. Es stellte sich als sinnvoll

heraus, diejenigen Personen auszuschließen, die erst zwei oder drei Jahre vor Anwerbung in den ländlichen Raum gezogen waren, in der Hoffnung dort angeworben zu werden.⁵⁵ Als Folge von Organisationsschwierigkeiten beim Verteilungssystem wurde dieses jedoch für die meisten der zentralen Medizinfachschulen beendet.

⁵⁴ Wibulpolprasert S: Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell* Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2001.

⁵⁵ Watanasup W, Thansuhutra K, Sunphitak N *et al.*: Implication of medical student recruitment on distribution of doctors. *Thai Medical Council Bulletin* 1993, 11:573-577. in Thai

Nur noch drei regionale und eine zentrale Medizinfachschule erlauben ihren Studierenden den Zugang unter diesem System. Der Anteil der Studierenden aus dem ländlichen Raum ist daher von 47% im Jahr 1983 auf 23% im Jahr 1994 gesunken (Abb. 6).

Als Antwort auf das interne Brain Drain schlug das Gesundheitsministerium 1994 ein 10-Jahres-Projekt zur Steigerung der Zahl von Ärzten auf dem Land (*Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors*, CPIRD) vor, um speziell für ländliche Regionen 300 Ärzte jährlich auszubilden. Die Studierenden wurden auf Provinzebene mit transparenten und partizipatorischen Verfahren angeworben. Die ersten drei Theoriejahre (vorklinischen Jahre) verbringen sie in den (sowohl zentralen als auch regionalen) Medizinfachschulen, die drei folgenden Praxisjahre (Klinikjahre) in 12 regionalen Krankenhäusern, die zum Netzwerk der Bezirkskrankenhäuser gehören. Das Programm startete mit der Aufnahme von 30 Studierenden im Jahr 1995 und wuchs bis 2002 auf 293 Studierende an.⁵⁶ Auch der Prozentsatz von Studierenden mit ländlicher Herkunft wurde durch das Projekt von 23% im Jahr 1994 auf 31,5% im Jahr 2001 erhöht (Abb. 6).

Im April 1997, dem Höhepunkt des Wirtschaftsbooms, zahlten 113 der zwangsverpflichteten Ärzte Strafen und kündigten ihre Verträge mit dem Gesundheitsministerium bereits nach einem Jahr Service. Detaillierte Untersuchungen zeigten, dass Studierende mit ländlicher Herkunft, die ihren Abschluss an regionalen Medizinfachschulen erwarben signifikant geringere Kündigungsraten aufwiesen – weniger als die Hälfte derjenigen, die in der Hauptstadt ihren Abschluss erworben hatten. Die drei Hauptgründe für Kündigungen waren: die Eröffnung von private Praxen, unpassende Einsatzorte und die Weiterführung der Ausbildung.⁵⁷ Es ist wichtig darauf hin-

⁵⁶ Praboromrajchanok Institute for Health Manpower Development, Ministry of Public Health: Project to increase production of doctors for the rural areas (1995–2005). *Bangkok: Praboromrajchanok Institute* 1995. mimeograph in Thai

⁵⁷ Wongwacharapaiboon P, Wibulpolprasert S, Sirikanokwilai N: Factors related to resignation of newly medical

zuweisen, dass Anwerbung und Ausbildung in ländlichen Räumen sich, was die Verteilung von Ärzten im ländlichen Raum angeht, auch in anderen Ländern wie Australien und den Vereinigten Staaten als sehr effektiv herausstellte.⁵⁸

Die Einrichtung von regionalen Medizinfachschulen ist auch ein guter Indikator für die Gleichverteilung von Gesundheitsdienstleistungen und Ärzten. Umgekehrt lockten die zentralen Medizinfachschulen Ärzte in die Hauptstadt. Der Beschluß des Fünften Nationalen Seminars zur Ausbildung im Gesundheitswesen stellte im Jahr 1986 fest, dass „... keine neuen Medizinfachschulen in der Hauptstadt und den angrenzenden Provinzen gegründet werden sollten“.⁵⁹ Dennoch wurden seit 1986 vier zentrale Medizinfachschulen neu eingerichtet, darunter eine private.

Reform der Medizinausbildung, Spezialisierung und behördliche Qualifizierung

Reform der Medizinausbildung

Eine Entschließung der Vierten Nationalen Konferenz zur Medizinausbildung stellte 1979 fest, dass alle Medizinfachschulen ihre Curricula zu reformieren haben, um Medizinabsolventen auszubilden, die geeignet sind in Bezirkskrankenhäusern zu arbeiten. Die vier Haupteigenschaften für diese Allgemeinmediziner sind: Klinikkompetenz, die Unterstützung von elementarer Gesundheitsvorsorge, die Fähigkeit, Angehörige medizinischer Assistenzberufe und

graduates from the MoPH in 1997. *Human Resources for Health Development Journal* 1999, 1:30-41.

⁵⁸ Rabinowitz HK: Recruitment, retention, and follow up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Eng J Med* 1993, 13:934-9. Rabinowitz HK: Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Eng J Med* 1998, 8:480-6. Rolfe IE, Pearson SA, O'Connell DL *et al.*: Finding solutions to the rural doctor shortage : the rules of selective versus undergraduates medical education at Newcastle. *Aust NZ J Med* 1995, 5:512-7.

⁵⁹ Mahidol University: Report of the Fifth National Medical Education Seminar, 8–12 September, 1986, Bhumiphol Adulyadej Hospital. *Bangkok: Mahidol University Press* 1987. in Thai

Freiwillige auszubilden und eine gute Organisationsfähigkeit.⁶⁰ Die Entscheidung führte zu einer großen Reform der Medizinausbildung und alle Medizinfachschulen schickten ihre Studierenden zur Ausbildung für zumindest drei bis sechs Monate in Bezirks- oder Provinzkrankenhäuser. Gemeindemedizin wurde zu einer der wichtigsten Abteilungen in allen Medizinfachschulen. Anwerbung und Ausbildung in ländlichen Gebieten, sowie das System des heimatnahen Einsatzes wurden ebenfalls ausgebaut.

Spezialisierung

Um den Bedarf an Spezialausbildung in Übersee zu reduzieren startete der Thai Medical Council (Medizinischer Rat Thailands) 1971 ein Programm zur Spezialausbildung. Es existieren jetzt 42 vom Medizinischen Rat Thailands genehmigte Spezialisierungs-Ausschüsse (Speciality Boards). Im Jahr 2001 lag die Anzahl der Plätze für Spezialausbildung bei 1161. Bei einer Zahl von 1.200 neuen Absolventen wurden 889 Trainees aufgenommen.

Die Anzahl der Studienplätze für Spezialausbildung wurde 1997 eingefroren. Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitsdienst in ländlichen Räumen sind heutzutage eine Voraussetzung für die Aufnahme in die wohnsitznahen Studienprogramme. Für die meisten Studiengänge, außer für Allgemeinmedizin, Pathologie, Forensik und Psychologie, wird mindestens ein Jahr Dienst im ländlichen Gesundheitssektor verlangt.⁶¹ Unter der Bedingung, dass sie nachher wieder in ihre Bezirkskrankenhäuser zurückkehren, fallen Ärzte im ländlichen Raum auch unter eine spezielle Quote für die Spezialausbildung. Es gab jedoch seitens der Medizinfachschulen hef-

tige Widerstände gegen die Kontrolle über die Spezialausbildungen.

Behördliche geprüfte Qualifizierung durch Arbeitserfahrung

Ärzten, die mehr als fünf Jahre Arbeitserfahrungen in ländlichen Bezirkskrankenhäusern gesammelt haben, können sich für eine Prüfung durch den Qualifizierungsausschuss bewerben. Wenn sie die Prüfung bestehen, erhalten sie vom Medizinischen Rat Thailands ein Zertifikat, das ihre Fähigkeiten bestätigt (das *Thai Board Certificate*). Dieses wird in den folgenden Spezialisierungen angeboten: Vorsorgemedizin, Allgemeinmedizin, und Familienmedizin. Die Kommission des öffentlichen Diensts bewertet das *Thai Board Certificate* als gleichwertig zu einem Abschluss als Doktor für Medizin.

Strategien zum Ersatz von Fachleuten

Die Grundausbildung von medizinischem Personal für den Einsatz in den ländlichen Gesundheitszentren war eine sehr wichtig Strategie um die Akzeptanz der Mitarbeiter durch die Bevölkerung zu erhöhen und die Anzahl der ambulanten Besuche zu reduzieren. Obwohl dieses Personal half, viele Patienten zu untersuchen, gibt es trotzdem einen großen Prozentsatz von Patienten (35% bis 70%), die die ländlichen Gesundheitszentren zugunsten der Bezirks- und Provinzkrankenhäuser umgehen.⁶²

Die Ausbildung von Hilfsschwestern für die Bezirkskrankenhäuser mit einer zu geringen Anzahl an Ärzten wurde 1973 gestartet. Das Programm dauerte 13 Jahre und wurde 1986 aufgrund des Rückgangs an qualifizierten Bewerbern eingestellt, nachdem 688 Hilfsschwestern ausgebildet worden waren. Zurzeit sind nur 10% der Absolventen als Hilfsschwestern tätig. Wäh-

⁶⁰ The Organizing Committee, Thai Medical Council: Report of the Fourth Medical Education Seminar, Ambassador Hotel, 3–5 October 1979, Bangkok. *Bangkok: Thai Medical Council* 1980. mimeograph in Thai

⁶¹ Milintangkul U: Equivalence determination of qualifications and degrees for education and training of health professions in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1997, 2:135-147.

⁶² Wirojseangaroon S: Five year report of the Ayuthaya health system development project. Ayuthaya: Provincial Health Office 1995. mimeograph in Thai. Jindawatthana A, Wibulpolprasert S: Family doctor practice at district hospital: Case studies of 4 district hospitals. Bangkok: Praboromrajchanok Institute for HRD 1998. mimeograph in Thai

rend der Zeit des schnellen Anstiegs der Zahl von Ärzten im ländlichen Raum (1980-1987) wurde das Aufgabengebiet der Hilfschwestern stark eingeschränkt. Ihre Karrieremöglichkeiten waren im Vergleich zu Krankenschwestern in anderen Bereichen sehr eingeschränkt und es war ihnen nicht erlaubt in privaten medizinischen Einrichtungen zu arbeiten. Dies sind die Hauptgründe für die geringe Anzahl und die schnelle Abnahme an Bewerbern.⁶³ Einige Bezirkskrankenhäuser nutzen die Hilfschwestern und selbst ausgebildete Krankenschwestern jedoch erfolgreich für ambulante Dienste an der Seite von Ärzten.

Wachsendes Angebot

Viele Leute glauben, dass ein wachsendes Angebot an Ärzten automatisch zu einer besseren Verteilung in ländlichen Regionen führe. Diese Strategie ist sehr teuer. Die operativen Kosten, um einen Mediziner in Thailand auszubilden, lagen 2002 bei ungefähr 45.000 US\$. Die Gesamtkosten können sich durchaus auf über 100.000 US\$ belaufen. Erfahrungen aus anderen Ländern wie Mexiko zeigen, dass eine wachsende Anzahl an Ärzten nicht automatisch die Verteilung verbessert, sondern im Gegenteil eine Überversorgung mit Ärzten schaffen kann.⁶⁴

In Thailand wurde die gesteigerte Ausbildung von Gesundheitspersonal normalerweise als Antwort auf die Expansion des öffentlichen Gesundheitswesens und des externen Brain Drain durchgeführt. Die Absolventenzahlen wurden erst nach dem in den 1990er Jahren einsetzenden internen Brain Drain gesteigert, um die gestiegenen Nachfrage im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor zu befriedigen. 1989

⁶³ Wibulpolprasert S, Sirikanokwilai N: Requirement for Thai doctors in the next two decades, in Research for Health Manpower Development. Bangkok: Health Systems Research Institute 1997. mimeograph in Thai

⁶⁴ Bankowski Z, Fullop T: Health manpower out of balance: conflicts and prospects. Highlights of The Acapulco Conference, 7–12 September, 1986. Geneva: World Health Organization 1987. Frenk J, Alagon I, Nigenda G *et al.*: Patterns of medical employment: A survey of imbalance in urban Mexico. *American Journal of Public Health* 1991, 81:23-19.

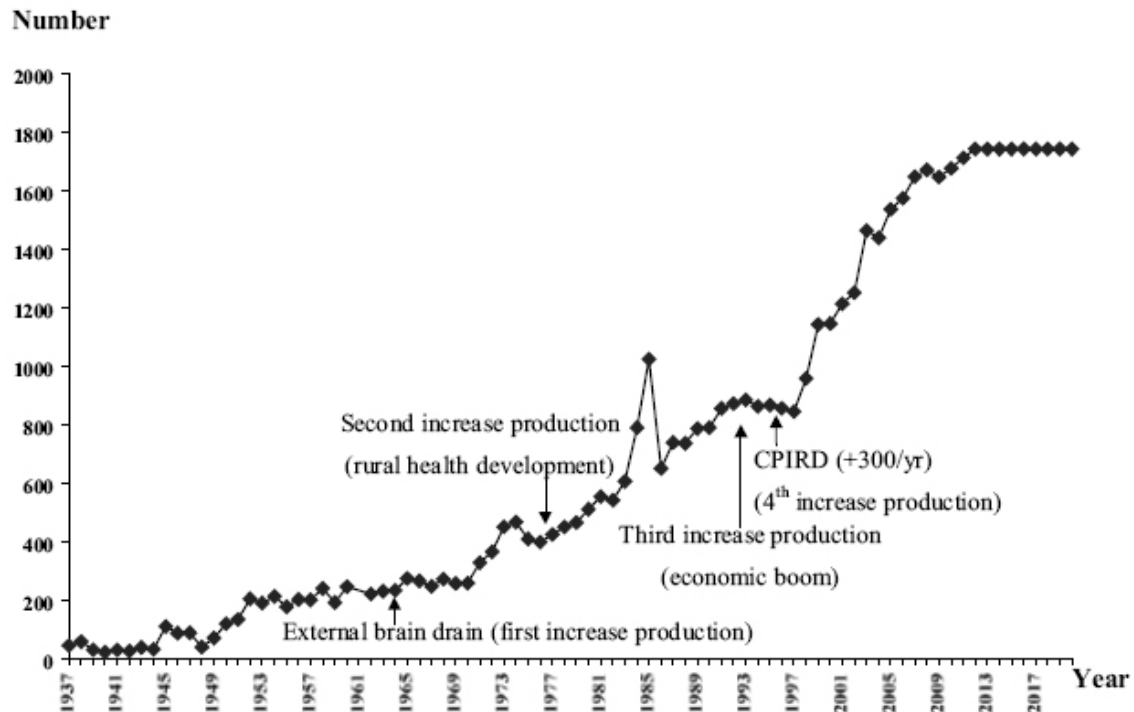
wurde gegen die Opposition der Vereinigung der Landärzte eine private, gewinnorientierte Medizinfachschule gegründet. Zwei ihrer Vertreter im Medizinischen Rat (*Medical Council Committee*) traten zurück und hielten eine Pressekonferenz gegen die Gründung der privaten Fachschule ab. Schließlich beschloss das Medizinische Komitee, dass private Medizinfachschulen nur unter dem Dach von nicht-gewinnorientierten Organisationen (*non-profits*) erlaubt werden. Seitdem wurden keine privaten Medizinfachschulen mehr gegründet. Die Absolventen der privaten Schulen müssen sich zudem einem Lizenzierungsverfahren unterwerfen, während die Absolventen der staatlichen Schulen automatisch lizenziert werden.

Abb. 7 zeigt die jährlichen Absolventenzahlen der medizinischen Studiengänge. Es ist offensichtlich, dass der Anstieg der Absolventenzahlen eine Folge des externen Brain Drains durch reiche Länder, der Entwicklung des ländlichen Gesundheitssystems und des internen Brain Drain durch den privaten Sektor ist. Dieses Niveau von Absolventenzahlen kann zu einer Senkung des Einwohner/ Arzt Verhältnisses von 3.500:1 im Jahr 1995 auf 1.500:1 im Jahr 2020 führen, einer guten Balance zwischen Bedarf und Angebot.⁶⁵

Als Folge des internen Brain Drains haben seit 1994 viele öffentliche Krankenhäuser damit begonnen, pensionierte Ärzte, sowohl Allgemeinmediziner als auch Spezialisten, in Teilzeitbeschäftigung anzustellen. Die Lizenzierungsregeln und -gesetze wurden verändert, um hochqualifizierten thailändischen Ärzten, die im Ausland tätig sind, die Rückkehr zu erleichtern. Das MoPH erlaubte den Krankenhäusern 1997 sogar, ausländische Absolventen, die das Lizenzierungsverfahren nicht bestanden hatten, mit Zeitverträgen anzustellen.

⁶⁵ Suwanakij T, Sirikanokwilai N, Wibulpolprasert S: Supply projection for physicians in Thailand in the next 25 years (1996–2020 AD). *Human Resources for Health Development Journal* 1998, 2:117-128. Sirikanokwilai N, Wibulpolprasert S: Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 1998, 3:55-67.

Abb. 7: Jährliche Absolventenzahlen in Medizin



Quelle: Thai Medical Council

Einige reichere Länder lösen diese Probleme mit dem Import von ausländischen Absolventen in ihre ländlichen Räume. Südafrika hat z.B. erfolgreich kubanische Ärzte für seine ländlichen Gesundheitszentren angeworben.⁶⁶ Diese Maßnahme musste mit Vorsicht angewandt werden, da sie in anderen Ländern zu einer Unterversorgung mit Ärzten führen kann. Einige Länder, wie z.B. Indien und die Philippinen bilden Medizinabsolventen für den Export aus, um einen Zufluss an ausländischen Devisen zu erhalten. Im Jahr 2001 hat der britische *National Health Service* einen Bedarf an 30.000 examinierten Krankenschwestern bekannt gegeben. Nicht viele thailändische Krankenschwestern sind aufgrund der Sprachschwierigkeiten qualifiziert genug, um in Großbritannien zu arbeiten. Im Jahr 1999 hatten ausländische Krankenschwestern in Großbritannien

einen Anteil von 30% bei den Neuregistrierungen.⁶⁷

Finanzierungsstrategien

Finanzierungsstrategien wurden in fünf verschiedenen Formen angewandt:

Freiwillige Stipendien

Freiwillige Stipendien wurden ursprünglich an Studierende der Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und Krankenpflege vergeben. Studierende, die Stipendien erhalten hatten, waren gezwungen zwei bis vier Jahre im Staatsdienst tätig zu sein. Dieses System wurde zu Beginn der Entwicklung des ländlichen Gesundheitssystems genutzt. Es versorgte das MoPH mit Ärzten für die anfängliche Entwicklung des Gesundheitssystems. Dieses System existiert nicht mehr, aber einige private Kranken-

⁶⁶ Health Systems Trust and the Henry J. Kaiser Family Foundation: *South African Health Review Durban: Fishwick Printers*; 1996.

⁶⁷ Martineau T, Buchan J: HR and the success of health sector reform. *Human Resources for Health Development Journal* 2000, 3:174-183.

häuser geben Stipendien, damit Studierende der Krankenpflege an den Fakultäten einiger Universitäten ihre Abschlüsse erwerben können. Im Gegenzug müssen die Studierenden ein paar Jahre in diesen Institutionen arbeiten, die auf diese Weise die ausreichende Versorgung mit Pflegepersonal sicherstellen.

Verpflichtender Staatsdienst

Dieser wurde für Ärzte im Jahr 1967 als Reaktion auf das externe Brain Drain eingeführt und der erste Jahrgang erhielt seine Abschlüsse 1972. In den ersten vier Jahren (1967- 1970) gab es noch folgende Alternativen: die Studierenden konnten sich entscheiden, entweder 3 Jahre im Staatsdienst tätig zu sein oder eine hohe jährliche Ausbildungsgebühr zu zahlen (400 US\$ pro Jahr, was 3.000 US\$ zu Preisen von 1997 entspricht). Falls sie diesen Vertrag brachen, hatten sie eine Strafe von 4.800 US\$ zu entrichten. Diese Strafe wurde im Jahr 1971 auf 8.000 US\$ und 1973 sogar auf 16.000 US\$ erhöht. Aufgrund ihres sozialen Bewusstseins, der hohen Ausbildungsgebühren und der geringen Möglichkeiten, private Praxen zu eröffnen, unterschrieben die meisten Studierenden die Verträge. Im Jahr 1972 wurde der Vertrag verpflichtend für alle Studierenden im Bereich Medizin.

Diese Strategie, zusammen mit der Entwicklung des ländlichen Gesundheitssystems, einer hohen sozialen Verantwortung und der wirtschaftlichen Rezession mit geringen Wachstumsraten im privaten Sektor, waren die wichtigsten Faktoren für das schnelle Wachstum der Anzahl von Ärzten im ländlichen Raum und der Verringerung des Unterschiedes in der Ärztedichte zwischen 1980 und 1990 (Abb. 3 und 4). Wäre die Strafe (aufgrund der Abwertung umgerechnet 10.000 US\$ im Jahr 1998) an die Inflation angepasst worden, so würde sie heutzutage 50.000 US\$ betragen. Der Versuch, die Strafe aufgrund der Inflation anzuheben, wurde von den medizinischen Fachschulen stark bekämpft.

Finanzielle Anreize

Um finanzielle Anreize für Ärzte in ländlichen Räumen zu schaffen, führte die Regierung im Jahr 1975 spezielle Härtefallvergütungen für Ärzte in Bezirkskrankenhäusern ein. In normalen Bezirken betrug die Zahlung 60 US\$ pro Monat im ersten Jahr und 68 US\$ pro Monat vom zweiten Jahr an. Für entlegene Gebiete betrugen die Zahlungen 80 US\$ und 88 US\$. Diese Sonderzahlungen entsprachen ungefähr dem Monatsgehalt eines Medizinabsolventen. Im Jahr 1983 wurden sie auf 80 US\$ und 88 US\$ für normale und 100 US\$ bzw. 108 US\$ für entlegene Gebiete erhöht. Erst das hohe Wirtschaftswachstum und das daraus folgende dramatische interne Brain Drain zwangen die Regierung, die finanziellen Anreize für Ärzte im öffentlichen Dienst wieder zu erhöhen.

Im Jahr 1995 wurde eine Sonderzahlung von 400 US\$ pro Monat eingeführt, die an alle Ärzte (des MoPH) gezahlt wurde, die sich bereit erklärten, auf eine private Praxis zu verzichten. Um die Produktivität zu erhöhen, startete das Gesundheitsministerium für ausgewählte Patienten 1995 einen Dienst außerhalb der offiziellen Öffnungszeiten (davor existierten diese Dienste nur für Notfallpatienten), die mit speziellen Zahlungen vergütet wurden, die sich an der Arbeitsbelastung orientierten.⁶⁸

Im Jahr 1997 erhöhte die Regierung die Zahl der Härtefallvergütungen von zwei auf drei Stufen. Ärzte in normalen Bezirken erhalten 55 US\$, bzw. 62 US\$ pro Monat (Reduzierung aufgrund von Abwertung). Diejenigen in entfernten Gebieten erhalten 250 US\$ pro Monat und die in den entferntesten Bezirken (69 Bezirke) sogar 500 US\$ pro Monat (fast das dreifache des Grundgehalts).

Ein Medizinabsolvent, der in einem ländlichen Bezirkskrankenhaus arbeitet, kann jetzt insgesamt zwischen 825 US\$ (in normalen Bezirken) und 1379 US\$ (in den entlegensten Bezirken) verdienen. Aller-

⁶⁸ Pannarunothai S, Srithanrongsawat S: The benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 2000, 1:13-26.

Tabelle 5: Entlohnung für Ärzte des Gesundheitsministeriums (MoPH), 2002

| Lohnbestandteil | Betrag (US\$) (pro Monat) | Anmerkungen |
|---|---------------------------------|--|
| Entlohnung (Absolvent) | 203 | Standardentlohnung für LG* 4 und 3 |
| Sonderzahlung keine Privatpraxis | 250 | Jeder, der keine private Praxis hat |
| Bereitschaftsdienst (allgemein) | 250 - 300 | 20 US\$ pro Schicht (länger als 8 Stunden) |
| Zahlung für Spezialverfahren außerhalb der regulären Zeiten | 72 - 126 | Summe ist abhängig von der Anzahl und der Art der Verfahren, Ärzte in Provinzkrankenhäusern erhalten viel mehr, manchmal bis zu 1.500 US\$ |
| Sonderzahlung für seltene** Spezialeinsätze | 100 | z.B. Pathologie |
| Sonderzahlung für Fachleute** | 90 - 250 | für medizinische Fachleute ab LG 7 |
| Sonderzahlung für Ärzte in ländlichen Bezirkskrankenhäusern | 50 - 500 | 50-55 US\$ für normale Bezirke (532 Bezirke), 250 US\$ für entlegene Bezirke (127 Bezirke), 500 US\$ für entlegenste und schwierigste Bezirke (69 Bezirke) |

Quelle: Bureau of Health Policy and Plan, MoPH, 2002. Der Wechselkurs beträgt 1US\$ = 40THB.

* LG = Lohngruppe ** Keine Absolventen

dings ist dies immer noch weniger als die Gehälter, die Absolventen in den privaten Krankenhäusern in städtischen Regionen erhalten, an diesen beträgt das Einkommen mindestens 1.500 US\$ (Tabelle 5).⁶⁹

Es ist wichtig hervorzuheben, dass in Tabelle 5 nur ein Punkt der Lohnbestandteile (Punkt 7) für den Härtefall „Tätigkeit im ländlichen Raum“ gegeben wurde und dieser war stark abhängig von der Zeitspanne der Tätigkeit im ländlichen Raum. Es wurde argumentiert, dass diese Anreize es den Absolventen nur erleichtern die Strafe für einen Bruch des Dreijahresvertrags zu zahlen und dann in die urbanen Zentren zu ziehen.

Die drei Niveaus der Sonderzahlungen für Ärzte in den ländlichen Bezirken riefen auch viele Ungleichheiten hervor. Einige Bezirkskrankenhäuser, die nur durch 10 bis 20 km geteerte Straßen voneinander

entfernt liegen, weisen einen 5- bis 10fachen Unterschied bei den Sonderzahlungen auf. Im Dezember 2001 wurde ein für die allgemeine Gesundheitsversicherung ein dezentrales Finanzmanagement eingeführt, infolgedessen wurden die Anreize dezentraler und flexibler gestaltet.

Erhöhte Ausbildungsgebühren und Rückzahlung durch Tätigkeit im öffentlichen Dienst in ländlichen Räumen

Es gab Vorschläge, die Ausbildungsgebühren für Medizinstudenten von 400 US\$ auf 7.500 US\$ pro Jahr anzuheben, um die realen Kosten weiterzugeben. Diejenigen, die sich dies nicht leisten können, erhalten von der Regierung einen Kredit zu niedrigen Zinsen und zahlen diesen nach Abschluß des Studiums entweder in bar zurück oder leisten drei Jahre Dienst im ländlichen Raum.⁷⁰ Die Erfahrungen der USA mit die-

⁶⁹ Watanasup W, Thansuhutra K, Sunphitak N *et al.*: Implication of medical student recruitment on distribution of doctors. *Thai Medical Council Bulletin* 1993, 11:573-577. in Thai

⁷⁰ Wibulpolprasert S: Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell* Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2001.

sem System zeigten unterschiedliche Erfolge. Es zeigte sich, dass 30% die Kredite durch Dienst im ländlichen Raum zurückzahlten, 20% zahlten bar und 50% durch eine Kombination von verkürztem Dienst im ländlichen Raum und Barzahlung.⁷¹ Diese Vorschläge könnten in Thailand bald umgesetzt werden, wenn die Universitäten und öffentlichen Krankenhäuser in der nahen Zukunft größere Autonomie erlangen.

Reform der Gesundheitsvorsorge

Die neue allgemeine Gesundheitsversicherung, die im Jahr 2001 eingeführt wurde, gründet auf einem neuen Finanzierungssystem, das auf einer Kopfpauschale basiert.⁷² Jeder Bürger Thailands der nicht von der bisherigen Gesundheitsversicherung abgedeckt wird, muss sich in einem Krankenhaus registrieren lassen. Jedes Krankenhaus erhält pro registriertem Versicherten eine Pauschale von 30 US\$ pro Jahr. Aus diesen Zahlungen müssen die Gehälter für das gesamte Personal bestritten werden. Es wird angenommen, dass dieses neue Finanzierungssystem starke Anreize für eine gleichmäßige Verteilung der Humanressourcen enthält. Nach der Umsetzung werden sich einige Krankenhäuser in den großen Städten, die bisher einen Personalüberhang aufwiesen, weigern, weitere Absolventen anzustellen. Diejenigen in dicht bevölkerten armen Regionen, die bisher unter Personalmangel litten, werden dann genug Geld zur Verfügung haben, um mehr Personal anzustellen.

Soziale Strategien

Eine altruistische Grundeinstellung, soziale Anerkennung und hohe Jobzufriedenheit sind weitere wichtige Faktoren, die Ärzte dazu bewegen, im ländlichen Raum zu arbeiten.

Die Ärzte, die Anfang der 1970er Jahre begannen, in den Krankenhäusern im ländlichen Raum zu arbeiten, waren mit vielen verwaltungstechnischen und logistischen Problemen konfrontiert. Sie waren nicht dafür ausgebildet, mussten aber vom ersten Tag nach Beendigung des Studiums an Organisationsaufgaben übernehmen. Viele von ihnen verstießen unbeabsichtigt gegen finanz- und verwaltungstechnische Bestimmungen der Regierung. Einige wurden von ihren Buchhaltern betrogen. Andere litten unter Fehlern beim Personalmanagement.

Unter dem anwachsenden Druck gründeten sie schließlich 1978 die Vereinigung der Landärzte (*The Rural Doctor Society*). Diese Vereinigung initiierte verschiedene Managementschulungen, entwickelte Management-Handbücher und innovative Aktionen, um Ärzte in ländlichen Bezirkskrankenhäusern zu unterstützen. Unter anderem wurden Fachzeitschriften und Newsletter für Landärzte herausgegeben, es gab öffentliche Anerkennung für herausragende Leistungen, Besuche von erfahrenen Ärzten zur moralischen Unterstützung und in den Provinzen spezielle Ausbilder für Landärzte. Im Jahr 1982 wurde zudem die Landarztstiftung ins Leben gerufen. Ihre Aktivitäten verstärkten den altruistischen Geist und den Stolz, zur Gruppe der Landärzte zu gehören.

Die Vereinigung stieß bei Fachleuten aus dem Bereich Medizin und in der Öffentlichkeit auf breite Akzeptanz. Mitglieder der Landärzte gewannen mehrere Wahlen zum Medizinischen Rat in Folge. Sie hatten Einfluss auf verschiedenen Veränderungen der medizinischen Ausbildung und der wohnsitznahen Studienprogramme, durch die die Verteilung der Ärzte verbessert wurde.

Neben der Unterstützung des Gesundheitswesens im ländlichen Raum unterstützte die Vereinigung auch öffentliche Initiativen, wie die nationale Drogenpolitik, die Erstellung einer Liste wichtiger Medikamente und die Kontrolle des Tabakkonsums. Sie spielte ebenfalls eine wichtige Rolle in der nationalen Demokra-

⁷¹ Hsiao W: *KT Li Professor of Economics, Harvard University School of Public Health* 1997. Personal communication.

⁷² Health Care Reform Project, Ministry of Public Health: *Guidelines for implementing universal coverage for the transition period*. Bangkok: *Printing Press, Express Transportation Organization* 2001. in Thai

tibebewegung und bei politischen Reformen, sowie als ‚*watch dog*‘ bei der Bekämpfung von Korruption und unsachgemäßen Vorgängen in der Verwaltung.

Im August 1998 deckten sie einen landesweiten Preisskandal bei Medikamenten auf, was zum Rücktritt des Gesundheitsministers und eines seiner Stellvertreter führte. Ein ministerieller Berater wurde zu sechs Jahren Haft verurteilt. Der Erfolg der Vereinigung ließ die Moral der Landärzte steigen und führte zu einer höheren Jobzufriedenheit in den ländlichen Bezirkskrankenhäusern.⁷³

Abgesehen von der Gründung der Vereinigung der Landärzte und der Landarztstiftung wurden mehrere Preise gestiftet, die öffentliche Anerkennung zum Ausdruck bringen. Ein jährlicher „Härtefallpreis“ wird dem besten Landarzt in einem der entlegensten Gebiete gegeben. Dies geschah zur Erinnerung an einen hervorragenden Landarzt, der 1985 während seines Dienstes in einem Grenzgebiet getötet wurde. Die älteste Medizinfachschule, das Siriraj Hospital, vergibt seit 1976 einen jährlichen Preis für den besten Landarzt des Jahres. Die Medizinische Vereinigung und der Medizinische Rat verleihen die gleiche Anerkennung.

Einige Medizinfachschulen verteilten ebenso spezielle Anerkennungen an Studierende, die hervorragende Leistungen in ländlichen Bezirken erbracht hatten. Viele Landärzte wurden zudem eingeladen, als Teilzeit- oder Vollzeitdozenten an den Fachschulen zu arbeiten, meistens in der Abteilung für Gemeindemedizin. Einige von ihnen erhielten Ehreenauszeichnungen von den Universitäten. Einige der Landärzte wurden als „vorbildlicher Thai des Jahres“ ausgezeichnet.

Personalmanagement und Strategien der logistischen Unterstützung

Nach den drei Jahren Zwangsdienst steht es den Landärzten frei, sich auf von ihnen

bevorzugte Stellen zu bewerben. Ihre Beförderung wird ebenfalls unterstützt.

Wie alle Ärzte im öffentlichen Dienst beginnen Ärzte in Bezirkskrankenhäusern ihre Karriere mit der Lohngruppe 4 (von 11 Lohngruppen). Innerhalb von sieben oder acht Jahren werden die meisten von ihnen Lohngruppe 7 erreichen und innerhalb von zehn bis zwölf Jahren die Lohngruppe 8, die dem Gehalt eines Bereichsleiters im zentralen Büro des Gesundheitsministeriums entspricht.

Seit Oktober 1996 können sie bis zur Lohngruppe 9 befördert werden, was dem Gehalt von obersten Medizinbeamten einer Provinz entspricht (ihren direkten Vorgesetzten) und dem eines stellvertretenden Generaldirektors des Gesundheitsministeriums. Diese Beförderung stuft sie sogar höher ein, als die Bezirksbeamten (Lohngruppe 8).

Die logistische Unterstützung durch Angehörige medizinischer Assistenzberufe sowie mit Medikamenten und Ausrüstung, Vorräten, Wohnungen, Transport- und Kommunikationsmöglichkeiten hat sich ebenso stark verbessert. Die meisten der ländlichen Bezirkskrankenhäuser sind heutzutage sehr gut ausgerüstet und werden durch adäquat ausgebildetes Personal unterstützt.

Ergebnisse und Empfehlungen

Es gibt viele Faktoren, die Ärzte in ländliche Regionen ziehen, bzw. aus diesen herauslocken (Abb. 8). Thailand hat verschiedene Strategien eingesetzt, um das Problem der ungleichen Verteilung von Ärzten zu lösen. Trotz dieser Strategien gibt es weiterhin eine ungleiche räumliche Verteilung von Ärzten.

Ärzte bleiben normalerweise für eine kurze Zeit in den ländlichen Bezirkskrankenhäusern. Etwa die Hälfte der Ärzte in den Bezirkskrankenhäusern sind diejenigen innerhalb der ersten drei Jahre der

⁷³ Wibulpolprasert S, Prakongsai P, Kanchanachitra C: Rural doctor movement: a case study of civic movement in health. Bangkok: Usa publishing 2003. in Thai

Tabelle 6: Landärzte mit und ohne Vertrag

| Jahr | Anzahl Land- ärzte | Ohne Vertrag | | Mit Vertrag | |
|------|-----------------------|--------------|-------|-------------|-------|
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1982 | 628 | 175 | 27.87 | 453 | 72.13 |
| 1984 | 934 | 377 | 40.36 | 552 | 59.10 |
| 1987 | 1,339 | 602 | 44.96 | 731 | 54.59 |
| 2001 | 2,389 | 974 | 40.77 | 1,415 | 59.23 |
| 2002 | 2,651 | 1,178 | 44.44 | 1,473 | 55.56 |

Quelle: 1982–1987 aus: Jindawatthana A, Wibulpolprasert S: Family doctor practice at district hospital: Case studies of 4 district hospitals. *Bangkok*. 2001–2002 aus: Health Service Network Development Office, MoPH

Zwangsverpflichtung. Dieses Verhältnis ist in den letzten zwei Jahrzehnten konstant geblieben (Tabelle 6). Zusätzlich gibt es externe Faktoren, vor allem die wirtschaftliche Dynamik, die großen Einfluss auf die Verteilung haben.

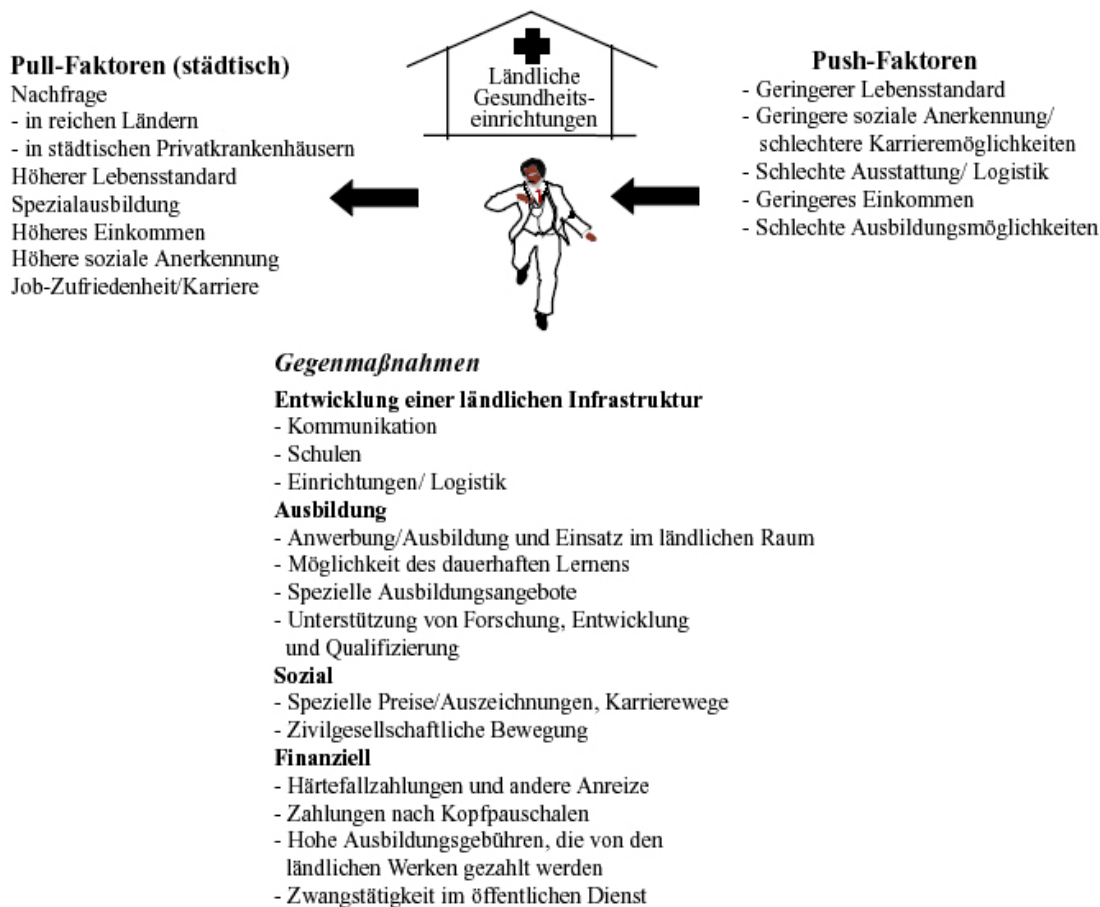
In der nahen Zukunft werden die wirtschaftliche Erholung und der internationale Handel sowie die Förderung des Imports von ausländischen Patienten die Nachfrage nach städtischen Krankenhäusern anwachsen lassen und zu einem erneuten internen Brain Drain führen. Einige Anzeichen dafür konnten bereits in den Jahren 2000-2002 beobachtet werden (Tabelle 2):

Aus den Erfahrungen in Thailand können einige Lehren gezogen werden:

- Es wurden viele Strategien entwickelt und angewandt, um die Gleichverteilung von Ärzten zu verbessern. Es handelte sich in den meisten Fällen um Reaktionen als Antwort auf bestimmte Krisen. Sie sind fragmentiert, unkoordiniert, oft inkonsistent, und wurden selten systematisch überprüft. Früher gab es zur Koordinierung der Strategien das Koordinationskomitee für medizinische Gesundheitsangelegenheiten. Anfänglich war es sehr erfolgreich, verlor aber zunehmend an Einfluss während des schnellen Wirtschaftswachstums und wurde 1995 aufgrund von politischen Gründen geschlossen.

- Die angewandten Strategien haben die Verteilung von Ärzten bis zu einem gewissen Ausmaß verbessert, was durch den Anstieg der Anzahl und des Anteils an Ärzten auf Bezirksebene gezeigt wird. Aber die fragmentierte, unkoordinierte, inkonsistente und manchmal irrationale Umsetzung der Strategien führte zu einem System, das Ärzte nicht dazu bewegt in den ländlichen Räumen zu bleiben, solange es große wirtschaftliche Anreize im städtischen und im privaten Sektor gibt.
- Die Verbindung rationaler Strategien zusammen mit einer vereinheitlichten, integrierten, konsistenten Umsetzung, unterstützt durch ein effektives Kontrollsystem mit festgelegten nationalen Maßstäben ist grundlegend für die Durchsetzung einer gleichmäßigen geographischen Verteilung von Ärzten.
- Eine ausgeglichene sozioökonomische Entwicklung ist schließlich die Grundlage für eine allgemeine und nachhaltige Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit. Dafür werden eine starke politische Führung und gesellschaftliche Unterstützung benötigt. Es folgen Empfehlungen zu Umsetzung der Strategien für eine nachhaltige Gleichverteilung von Ärzten.

Abb. 8: Push- und Pull-Faktoren und genutzte Strategien



Reform des Gesundheitssystems

Der Hauptfokus der Entwicklung städtischer und ländlicher Krankenhäuser sollte auf der grundlegenden Gesundheitsversorgung liegen. Das Wachstum von fachärztlichen und Forschungskrankenhäusern im städtischen Raum, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor, sollte genau geplant werden. Es sollte keine finanzielle Unterstützung (Steuerbefreiung, etc.) mehr für die Neueröffnung von privaten Krankenhäusern geben. Eine Mängelliste sowie ein gutes und effektives Überweisungssystem sollten eingerichtet werden. Diese Reform kann durch eine Finanzreform der verschiedenen Versicherungssysteme erreicht werden. Es wird erwartet, dass die Einführung eines umfassenden Gesetzes zur Gesundheitsversicherung im Oktober 2002, das sich auf die Grundversorgung als Kernpunkt sowie das Überwei-

sungssystem und die Finanzreform auf Basis von Kopfpauschalen konzentriert, die Verteilung von Humanressourcen stark verbessern wird.⁷⁴

Das Personal der Gesundheitszentren sollte zudem gut ausgebildet und unterstützt werden, damit eine gute Grundversorgung der Patienten sichergestellt werden kann und Patienten keine Anreize haben, die lokalen Gesundheitseinrichtungen zu umgehen. Anstatt nicht erfolgreiche Krankenschwestern neu auszubilden, was sich als wenig effektiv herausgestellt hatte, verspricht eine parallel zu Arbeit verlaufende Ausbildung der examinierten Krankenschwestern effektiver und nachhaltiger zu sein.

⁷⁴ Royal Gazette: *The National Health Insurance Act (Bangkok)*, 2002.

Reform der medizinischen Ausbildung

Die Anwerbung im ländlichen Raum und die Ausbildung in ländlichen Bezirks- und Provinzkrankenhäusern sollte weiterhin gefördert werden. Dieses System sollte nur Personen offenstehen, die aus dem ländlichen Raum stammen. Abiturienten aus den ländlichen Bezirken sollten, möglicherweise durch die Bezirkskrankenhäuser und die Schulen, unterstützt werden, in dieses System einzutreten. Dadurch wäre es im ländlichen Raum möglich, einen größeren Anteil von Studierenden aus armen Familien anzuwerben. Diese Studierenden sollten vor allem während der Praxisjahre in der existierenden ländlichen Gesundheitsinfrastruktur ausgebildet werden.

Falls es in der Zukunft zu einem Anstieg der Nachfrage kommt, sollte die vermehrte Ausbildung nicht durch neue und zentral gelegene Medizinfachschulen, sondern durch eine flexible Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium und den bereits existierenden Medizinfachschulen erfolgen. Ländliche Bezirkskrankenhäuser können mit geringen Investitionen zu sehr guten Ausbildungseinrichtungen für Allgemeinmediziner werden. Anwerbung und Ausbildung im ländlichen Raum müssen die Grundlage für die zukünftige Ausweitung der Ausbildungskapazitäten darstellen. Die aktuelle Quote von 1.161 Plätzen für die Spezialistenausbildung sollte streng kontrolliert werden, um dem Verlust von Landärzten an Ausbildungsprogramme, sowie einer Überspezialisierung entgegenzuwirken.

Finanzstrategien

Finanzielle Anreize sollten flexibler und dennoch zielgerichteter gestaltet werden. Zu empfehlen ist ein dezentrales Finanzsystem. Anstatt der drei vom Ministerium festgelegten, könnte es mehr Niveaus für Härtefallzahlungen geben. Die Höhe der Zahlungen sollte auch die Zeit der Tätigkeit in den Bezirken berücksichtigen. Die Strafe für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Zwangsdienst muss der Inflationsrate angepasst werden. Die Möglichkeit den Zwangsdienst durch die Zahlung kostenbe-

zogener Ausbildungsgebühren und der Rückzahlung durch eine Tätigkeit im ländlichen Raum sollte, zusammen mit anderen Strategien, schrittweise und vorsichtig eingeführt werden.

Personalmanagement

Die Richtlinien zur Beförderung von Bezirksärzten (in diesem Fall bis zu Lohngruppe 9) sollten großzügig angewandt werden. Dadurch würden diejenigen belohnt werden, die mehr als 10 Jahre im Distrikt arbeiten. Die Versetzung nach drei Jahren Zwangsdienst sollte freigiebig erlaubt werden, vorwiegend zu anderen Bezirkskrankenhäusern in den Provinzen.

Soziale Strategien

Die soziale Bewegung hin zu größerer Akzeptanz und Wertschätzung der ländlichen Bezirkskrankenhäuser sollte fortgeführt und weiter gestärkt werden. Die Vereinigung der Landärzte und ihre Stiftung sollte mehr öffentliche Unterstützung und Verständnis durch das Gesundheitsministerium erhalten, es sollte ihnen erlaubt werden, eigene Aktivitäten zur Verbesserung der Motivation junger Absolventen zu entwickeln.

Institutionelle Unterstützung für das Personalmanagement

Um das Gesundheitssystem und die dafür notwendige Personalentwicklung zu koordinieren, ist auf oberster politischer Ebene eine nationale Regelung notwendig, die die Konsistenz und Nachhaltigkeit der Strategie sicherstellt. In Thailand ist diese Regelung durch das neue nationale Gesundheitsgesetz (*National Health Bill*) geschaffen worden, das 2003 in Kraft treten sollte.⁷⁵

Übersetzung: Volker Hamann

⁷⁵ Health Systems Reform Office: The draft of the National Health Bill, 2002. Bangkok: Health Systems Reform Office 2002.

VIII. Dezentralisierung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für Frauen: Die Erfahrung der Philippinen

Rama Lakshminarayanan

Dezentralisierung ist eine enorm verbreitete Form des Eingriffs in das Gesundheitswesen, die in vielen Entwicklungsländern während der 1980er und 1990er Jahre angestoßen und durchgesetzt wurde. Oft war sie politisch motiviert, obwohl die Argumente für die Dezentralisierung der Gesundheitsfürsorge eher folgende umfassen: (a) die Vermehrung des kommunalen Eigentums und entsprechend der kommunalen Verantwortung; (b) die Verbesserung der gemeindlichen Mitbestimmung und das Eingehen auf vor Ort auftretende Nöte; (c) die Stärkung der Eingliederung von Leistungen auf der kommunalen Ebene; (d) die Verbesserung der Rationalisierung von Leistungen und (e) die Beförderung von Neuerungen und Experimenten.⁷⁶

Definiert wird Dezentralisierung als die Übertragung von Amtsgewalt und Verantwortung für öffentliche Aufgaben, die die Zentralregierung innehatte, an (a) periphere Dienststellen innerhalb derselben Behörde (im Sinne einer Dekonzentration der Aufgaben); (b) zwischengestellte oder kommunale Regierungen (i.S. einer Übertragung); oder an (c) quasi-unabhängige Regierungsorganisationen (i.S. einer Delegation).⁷⁷ Abhängig von Art und Umfang der übertragenen Aufgaben und auch von der Ebene oder der Behörde, die die Aufgabe übernimmt, werden unterschiedliche Maßnahmen ordnungs- und finanzpolitischer Natur und der Verwaltung entwickelt. Erst seit kurzer Zeit zeichnet sich ab, dass Lehren aus der Dezentralisierung des Gesundheitswesens gezogen werden, im Besonderen in Hinblick auf ihre Leistungs-

fähigkeit, Zugangsgerechtigkeit und Wirksamkeit. Sehr viel weniger Beachtung findet allerdings der Effekt, den die Dezentralisierung auf die Gesundheitsversorgung für Frauen hat.

Dieser Beitrag nimmt den Übertragungstypus (Devolution) der Dezentralisierung in den Blick, der in den Philippinen vor einem Jahrzehnt Gestalt annahm. Durch die Literatur zieht sich eine Debatte, ob eine Maßnahme wie die der Dezentralisierung, die vor allem den Gesundheitsbereich betrifft, die aber nie eingeführt wurde, um spezifische Probleme des Gesundheitswesens zu lösen, den Titel "Reform" verdiene. In den Philippinen wurde jedenfalls die Entscheidung, die Verantwortung für die Arbeit vor Ort, für ihr Management und für ihre Finanzierung an die Kommunen übertragen, ohne die Auswirkungen dieser Übertragung auf das Gesundheitssystem zu durchdenken. So oder ähnlich unglücklich wurden viele Reformen in Ländern eingeführt, ohne jede vorherige Analyse der besonderen Wirkungsbereiche,⁷⁸ und dies geschah eben auch in den Philippinen.

Die Philippinen durchliefen eine Radikalkur mit Übertragungen in verschiedenen Bereichen, eingeschlossen des Gesundheitswesens. Die dort gesammelten Erfahrungen bergen einen Wissensschatz, der helfen kann, die mit der Übertragung einhergehenden Chancen und Risiken zu verstehen. Die philippinischen Erfahrungen zeigen außerdem, dass Dezentralisierung und die Funktionsfähigkeit aller Aspekte des Gesundheitssektors sich zutiefst wechselseitig beeinflussen. Dieser Beitrag untersucht dazu: wie sich die Gesundheitsleistungen vor Ort verändert haben; wie das Gesundheitswesen finanziert wird; das Leistungsvermögen seiner Institutionen; die veränderten Beziehungen zwi-

⁷⁶ World Bank Group. Decentralization Net. Available from: <www.worldbank.org/publicsector/decentralization>. Aitken I. Implementation and integration of reproductive health services in a decentralized system. In: Kolehmainen-Aitken R, editor. Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Boston: Management Sciences for Health, 1999. pp. 111-36.

⁷⁷ World Bank Group. Decentralization Net. Available from: <www.worldbank.org/publicsector/decentralization>.

⁷⁸ Berman P, Bossert T. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Washington DC: Data for Decision Making Project, USAID, 2000.

schen zentralen und lokalen Ebenen; das medizinische Personal; die Qualität der Fürsorge und die möglicherweise seit der Übertragung veränderte Präsenz vor Ort. In diesem Artikel werden außerdem die Auswirkungen der Übertragung auf die Gesundheitsversorgung für Frauen ausgewertet und die Profile einiger Gemeinden beschrieben, die in ihrem Einflussbereich die Übertragung zu einer Erfolgsgeschichte haben werden lassen. Die Erfahrungen der Philippinen zeigen deutlich, dass ein Land über lange Jahre den Prozess verantwortlich begleiten muss, wenn es Reformen wie Dezentralisierung einführt. Genauso, wie es den Blick auf Zugangsgerechtigkeit und Wirksamkeit gerichtet halten muss, um tatsächlich im Gesundheitswesen und der Gesundheitsversorgung für Frauen Fortschritte machen zu können.

Hintergrund

Die Philippinen sind ein Inselstaat mit über 7.000 Inseln. Die Bevölkerungszahl liegt bei etwa 76 Millionen Menschen, das Bevölkerungswachstum bei knapp über 2 Prozent. Das im unteren Durchschnittseinkommen einzuordnende Land erwirtschaftet ein Bruttoinlandsprodukt von 1.050 US-Dollar pro Person, mit einer breiten, regionalen Streuung des Einkommens. Die Alphabetisierungsrate liegt bei über 95 Prozent der Männer und Frauen. Nach einer beträchtlichen Verstärkung leben 59 Prozent der Bevölkerung in Ballungsgebieten.⁷⁹

Trotz der tief verwurzelten Tradition einer allgemeinen und breiten öffentlichen Bildung und eines demokratischen politischen Systems haben sich die Philippinen in sozioökonomischer Hinsicht langsamer entwickelt als ihre Nachbarstaaten in Südostasien. Manche erklären dieses Phänomen mit dem machtvollen Einfluss der katholischen Kirche (83 Prozent der Filipinos/as sind katholisch). Kirchliche Würdenträger bekämpfen nachhaltig Verhütung und Abtreibung, sie akzeptieren ein-

zig so genannte natürliche Methoden der Familienplanung und tragen dazu bei, Frauen in ihrem Recht auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung zu beschneiden. Die politische Elite engagiert sich bei der Abschaffung der Geschlechterungerechtigkeit sehr ungleich. Und so verdienen z.B. Frauen nur 50 Prozent dessen, was Männer verdienen, obwohl mehr Frauen als Männer einen College-Abschluss besitzen.⁸⁰

Geschichte der Aufgabenübertragung

Während der Marcos-Diktatur in den 1970er und frühen 1980er Jahren waren die Philippinen politisch hochgradig zentralisiert, Dezentralisierung war nur in engen Grenzen erlaubt. Als die Demokratie 1986 wieder hergestellt wurde, glaubte die neue Regierung, dass mit Dekonzentration eine Wiederbelebung der Demokratie erreicht werden könne. Zunächst wurde eine Reihe von Dekonzentrationen angestoßen, und im Jahre 1990 wurde der Gesundheitsetat direkt an die Kreise geleitet. Jetzt hielten Beamte der Gesundheitsbehörden auf Kreis- und Provinzebene die Amtsgewalt über die Betätigung des Gesundheitsapparates in ihren jeweiligen Ebenen. Und die Staatsbehörden verfolgten das Prinzip der Übertragung weiter. Am Ende einer fünf Jahre währenden Debatte wurde 1991 das Gesetz der kommunalen Regierungsautonomie (*Local Government Code*) verabschiedet. Damit wurde die Verantwortung für wesentliche Dienstleistungen, ihre Ausübung und Finanzierung in die Hände der 77 Provinzen, 60 autonomen Städte, 1.548 Gemeinden und 42.000 Dörfer gelegt.⁸¹

Drei Gründe wurden für die Aufgabenübertragung angeführt: Zum Einen zeichnen sich die Philippinen durch eine räumliche Vielfalt aus, die sich konkret in der physischen Verfassung, in wirtschaftlichen

⁸⁰ PREDA. Human Rights and the Causes of Poverty in the Philippines: Country Report 2001. Olangapo City: PREDA, 2001.

⁸¹ Bossert T, Beauvais J, Bowser D. Decentralization of Health Systems: Preliminary Review of Four Country Case Studies. Washington DC: Partnerships for Health Reform, 2000.

⁷⁹ World Bank Group. The Little Green Data Book. Washington DC: World Bank, 2002.

Bedingungen und sozialen Merkmalen äußern. Für die kommunale Eigenständigkeit wird argumentiert, dass einige der Leistungen vor Ort besser von den lokalen Behörden erbracht werden können, die mit den spezifischen Besonderheiten der Region vertraut sind. Eine Zentralregierung hingegen ist gebunden, landesweit ein einheitliches Bündel an Leistungen anzubieten. Zweitens animiert die reduzierte Einflussnahme der Zentralregierung die BürgerInnen, ihre gewählten VertreterInnen in die Pflicht zu nehmen und für ihre Machenschaften zur Verantwortung zu ziehen. Und Drittens führt ein höherer Grad gemeindlicher Autonomie zu mehr BürgerInnenbeteiligung, was letztlich die politische Entfremdung zwischen Bevölkerung und der politischen Elite außerhalb Metro Manilas verringern helfen soll.⁸² Mit anderen Worten, es wurde von der Übertragung erwartet, dass sich mit ihr die Leistungsfähigkeit, Zugangsgerechtigkeit und Wirksamkeit des betroffenen Bereiches steigert. Die ausgewählten Bereiche waren das Gesundheitswesen, der Agrarsektor, das Sozialwesen, das öffentliche Bauwesen und der Umweltschutz. Das Gesetz hatte am meisten Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, die Gesundheitsversorgung machte 65 Prozent der gesamten, von der Nationalregierung zu übertragenen Finanzmittel aus.

Obwohl die Übertragung von der Legislative gewünscht war, widersetzte sich das Gesundheitsministerium mit beachtenswerter Energie. Es hatte sich allerdings in der Diskussion bis zur letzten Phase zurückgehalten. Der Widerstand rührte einerseits aus der Angst vor Kontrollverlust, andererseits aus Furcht vor Einschnitten bei den Arbeitsverträgen des angestellten medizinischen Personals.⁸³ Übertragung hieß jetzt, die Amtsgewalt von Staatsbediensteten mit einer planba-

ren Dienstlaufbahn in Gesundheitsämtern der Region, der Provinz oder des Landkreises an gewählte Würdenträger von Provinz-, Stadt- und Gemeinderegierungen zu übergeben. Viele Beamte glaubten, dass die bisherige Dekonzentration ausreichte, um die Vorteile der Dezentralisierung zu sichern. Befürchtungen wurden laut, dass die institutionellen Kapazitäten der Gemeinderegierungen nicht ausreichten, um der Verantwortung gerecht zu werden, die großen finanziellen und physischen Ressourcen des Gesundheitswesens verwalten zu können. Wie dem auch sei, das Gesundheitsministerium versäumte es, seine Bedenken während der öffentlichen Anhörung, die der Kongress im Rahmen des gesetzgebenden Prozesses anberaunt hatte, zu äußern. Damit verzichtete es auf eine wichtige Möglichkeit, den Prozess im eigenen Sinne mitzugestalten (Capul R., persönliches Gespräch, 2002), der Anfang 1992 in Bewegung geriet und nach über 18 Monaten abgeschlossen war.

Die Leistung der Gesundheitsdienste

Die Organisation des Gesundheitssystems wurde durch die Dezentralisierung dramatisch in Mitleidenschaft gezogen. Vor der Übertragung wurden die vielen kleinen Rädchen des Systems vom Ministerium eingesetzt und überwacht. Tertiäre Einrichtungen waren auf nationaler und regionaler Ebene bzw. der Provinzebene angesiedelt. Zum System der primären Gesundheitsversorgung gehörten ländliche Gesundheitsämter, wo Schwangerschaftsbegleitung stattfand und Kinder untersucht wurden, allgemeine Ambulanz und Zahnmedizin untergebracht waren, Familienplanung und Ernährungsberatung stattfanden, spezielle Krankheiten kontrolliert wurden und wo Gesundheits-, Umwelt und Hygieneerziehung stattfanden. Jedes Gesundheitsamt war zuständig für drei bis vier Gesundheitsstationen auf Dörfern, die wiederum die umliegenden Ortschaften bedienten. Jede Gesundheitsstation war mit einer ausgebildeten Hebamme und Laienhelfern aus der Umgebung besetzt. Auf der Kreisebene wurde die Infrastruk-

⁸² Schwartz JB, Racelis R, Guilkey DK. Decentralization and Local Government Health Expenditures in the Philippines. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, University of North Carolina, 2000.

⁸³ Prado G, Diwa B, Estabillo VB, et al. Public service reforms and their impact on health sector personnel in the Philippines. Geneva: ILO and WHO, 1999.

Tabelle 1: Die Verantwortungsbereiche nach der Übertragung

| Regierungsebenen | Verantwortungsbereich |
|---|---|
| Zentrale und regionale Ministeriumsbehörden | <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung der Gesundheitspolitik - Vorschriften und Qualitätsstandards - Fortbildung und technische Unterstützung - Reservekrankenhäuser (tertiäre Versorgung) - Finanzierung und technische Unterstützung der Nationalen Seuchenkontrolle sowie von Gesundheitsprogrammen, die im Zusammenhang mit internationalen Verträgen stehen - Überwachung der kommunalen Arbeitsleistung |
| Provinzen | <ul style="list-style-type: none"> - Versorgung von Landes- und Kreiskrankenhäusern (primäre und sekundäre Versorgung) |
| Städte | <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhäuser in Ballungsgebieten, ausgeschlossen der Hauptstadtregion (sekundäre Versorgung) |
| Gemeinden | <ul style="list-style-type: none"> - primäre Gesundheitsversorgung, einschließlich der Umsetzung der auf der Ministeriumsebene beschlossenen Seuchen- und Gesundheitsprogramme |
| Dörfer | <ul style="list-style-type: none"> - Flächendeckende Umsetzung, einschließlich der Versorgung durch Gesundheitsstationen |

tur für die erste Einweisung in Gang gehalten, während die sekundären Einrichtungen auf der Provinz- und Stadtebene angesiedelt waren.⁸⁴ Die medizinischen MitarbeiterInnen der Landkreise garantierten die Fortbildung und Kontrolle der ländlichen Gesundheitsämter und der Gesundheitsstationen, und ein landesweiter Fortbildungsplan verhiess Entwicklung für medizinisches Personal auf allen Ebenen. Ein umfassendes Programm zur Gesundheit von Frauen lag allerdings nicht vor, und individuelle Betreuung wie Familienplanung, Mutterschaft und Kinder geschah entlang vertikaler Linien.

Mit Beginn der Ära kommunaler Autonomie wurden in weniger als zwei Jahren schätzungsweise 95 Prozent seiner Einrichtungen, 60 Prozent seines Personals und 45 Prozent seines Haushaltes vom Gesundheitsministerium an die Kommunen übertragen. Zu den Einheiten der Kommunen zählen Provinz-, Stadt- und Gemeindeebe-

nen. Wie die Verantwortlichkeiten zwischen ihnen und dem Ministerium aufgeteilt wurden, zeigt Tabelle 1.

Völlig überraschend und von beträchtlicher Konsequenz war, dass die technischen Verbindungen zwischen den kommunalen Gesundheitsämtern auf Gemeindeebene und den überweisungsgebundenen sekundären Einrichtungen auf Kreis- und Provinzebene mit der Übertragung unterbrochen waren. Leistungen wie die Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren, Geburtshilfe und Nachsorgeuntersuchungen litten darunter, weil ihre Leistungsfähigkeit vom Überweisungssystem abhing. Dazu kam, dass das Ministerium Gesundheitsprogramme plante und finanzierte, ohne die veränderten Verhältnisse zwischen dem Ministerium und den ausführenden Organen zu berücksichtigen. Nach der Übertragung mussten diese Programme von Einrichtungen und Personal getragen werden, die unter der Kontrolle kommunaler Regierungen standen. So verschickte das Ministerium weiterhin Verhütungsmittel (die Pille, Hormonspritzen, Spiralen und Kondome), die nahezu

⁸⁴ World Bank Group. Decentralization and Health in the Philippines and Indonesia: An Interim Report. Washington DC: World Bank, 2002.

vollständig von Geberorganisationen finanziert waren. Die Einrichtungen, die für das Verteilen dieser Verhütungsmittel zuständig waren, waren aber nun im Falle der ambulanten Methoden den Gemeinderäten, im Falle der krankenhausintensiven Methoden den Landesregierungen unterstellt. Wenn jetzt also eine Kommune aus politischen Gründen (beeinflusst von der katholischen Kirche) entschied, keine Verhütungsmittel zu stellen, wurde Frauen dieser Region der Zugang zu den Methoden verweigert. Unterbrechung konnte auch auftreten, wenn der Gemeinderat mit der Landesregierung uneinig war.

Eine weitere Erschwernis bei dem Versuch, Leistungen vor Ort zu erbringen, war die Abwesenheit eines zentralen Mechanismus, der die kommunalen Regierungen beeinflussen konnte, in Programme zu investieren, die Priorität genießen. Die „Vereinbarungen zu umfassender Gesundheitsfürsorge“ waren getroffen worden, um dem Ministerium und Kommunen die Möglichkeit zu eröffnen, jährlich erneut vorrangige Gesundheitsinvestitionen zu verhandeln. Sie erwiesen sich als wertlos, weil sie weder Anreize noch einen Strafkatalog enthielten, um die Kommunen an die Vereinbarungen zu binden. Als zum Beispiel manche Kommunen lokalem Druck nachgaben und aufhörten, Verhütungsmittel zur Verfügung zu stellen, hatte das Ministerium keine Handhabe, sie dazu zu zwingen, obwohl das doch Vorrang bei der Vereinbarung über Gesundheitsfürsorge genossen hatte. Ein zweiter Mangel bei diesen Vereinbarungen lag darin, dass sie zwischen dem Ministerium und der Provinzebene geschlossen wurden, die ausführenden Organe aber die Gemeinden waren. Von den Provinzregierungen war erwartet worden, dass sie mit ihrem Gemeinden Verabredungen über Leistungskataloge treffen sollten, doch das geschah in den seltensten Fällen. Darüber hinaus hatten die Philippinen die ICPD-Agenda, Politikrichtlinien für dezentralisierte Regierungseinheiten über die Frauengesundheit und -entwicklung, bereits 1994 eingeführt, umgesetzt jedoch erst 1998.

Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen

Die Gesundheitsausgaben in den Philippinen waren schon immer besonders niedrig, sowohl in absoluten Zahlen berechnet als auch im Vergleich mit anderen Ländern ähnlichen Einkommens. Im Jahr 1991 betrug das Gesundheitsbudget 2,7 Prozent des Bruttosozialprodukts aller öffentlichen und privaten Quellen zusammen, und obwohl der Gesundheitshaushalt Mitte der 90er merklich erhöht wurde, lag er immer noch niedrig, bei 3,5 Prozent des Bruttosozialprodukts von 1998. Obwohl die Kommunen ihre Gesundheitsausgaben in den fünf Jahren, die der Übertragung folgten, erhöhten, deckten die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit nur 40 Prozent der Gesamtausgaben. Oder mit anderen Worten: Das Gros der Ausgaben für medizinische und Gesundheitsversorgung wird von Privathaushalten geschultert. Die Analyse der Ausgaben für Gesundheit ergab folgendes Bild:

- Öffentliche Ausgaben werden deutlich eher für die individuelle, heilende Versorgung bereitgestellt als für die allgemeine, vorsorgende Versorgung.
- Privatausgaben sind ebenfalls in erster Linie für die Heilung aufgebracht worden.
- Die Sozialversicherung erreichte nur einen kleinen Teil der Bevölkerung und gewährte nur begrenzte Vorteile.
- Privatversicherungen waren teuer und erreichten ebenfalls nur einen kleinen Teil der Bevölkerung, und dies vor allem durch vorsorgeorientierte Organisationen.⁸⁵

Diese Schwerpunktsetzung auf für nachsorgende Gesundheitsausgaben, die bei privaten und öffentlichen Akteuren vor und nach der Übertragung festgestellt werden konnte, unterminierte den tragenden Gedanken der Gesundheitsversorgung für Frauen, der eben vorsorgend ist. Weiter

⁸⁵ Prado G, Diwa B, Estabillo VB, et al. Public service reforms and their impact on health sector personnel in the Philippines. Geneva: ILO and WHO, 1999. Department of Health. Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004. Manila: Department of Health, 1999.

wird beobachtet, dass weltweit die Einzelnen vor allem Heilmittel aus der eigenen Tasche zahlen, jedoch keine Vorsorgeleistungen. Es ist also die Verpflichtung der Staaten, die Vorsorgen mit öffentlichem Geld abzusichern. In den Philippinen geschah dies unglücklicherweise nicht. Dazu kam, dass 1995 nach einer Reorganisation der Sozialversicherungsprogramme, um sie für die Bedürftigen zu öffnen, die Versicherungsdecke der Armen für eine gesundheitliche Grundversorgung extrem dünn war.

Die Übertragung mündete in einer Verzerrung der öffentlichen Haushalte auf kommunaler Ebene, weil die Formel zur Berechnung der zuzuweisenden Gelder nur die Bevölkerungszahl und die Größe der Region berücksichtigte. Resultat war, dass ärmere Regionen benachteiligt wurden, denn sie können kaum Steuern erheben. Darüber hinaus wurden die Kosten der übertragenen Aufgaben nicht mitberechnet, als die Zuwendungen an die Kommunen kalkuliert wurden.⁸⁶ Diese Formel hatte zur Folge, dass Provinz- und Gemeindeverwaltungen, an die der größere Teil der Einrichtungen und des Personals übertragen worden war, eine niedrigere Zuwendung erhielten als die Städte und Dörfer, die eine viel geringere Belastung zu schultern hatten. Zwar wurde argumentiert, dass die Geldzuwendungen nach der Übertragung nicht auf der Finanzbasis aus der Zeit vor der Übertragung gemessen werden dürften, zumal nichts darauf hinweist, dass die damalige Zuwendungs politik optimal gewesen sei, aber deutlich wurde, dass die neue Formel vereinfachte und gar nicht erst versuchte, die Übertragung zu nutzen, um die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor zu optimieren. Dazu kam, dass die Zuwendungen nicht gekennzeichnet waren. So erhielten die Kommunen einen bemerkenswerten Spielraum, die Gelder umzuwidmen, entweder hin zum oder weg vom Gesundheitswesen. Und wenn die kommunalen Haushalts-

pläne und der nationale nicht die gleichen Summen für Leistungen vorsah, die das Engagement beider benötigte, konnte es zu Unterbrechungen in der medizinischen Versorgung kommen. Das konnte passieren, weil über die kommunalen Haushaltspläne, und mit ihnen über den Gesundheitsetat, jährlich im Oktober entschieden wird, der nationale Haushaltsplan aber erst im Dezember verabschiedet wird.

Verschiedene widrige Umstände beeinflussten die Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Frauen, die entweder durch die Übertragung verschlimmert oder während des gesamten Dezentralisierungsprozesses überhaupt nicht beachtet wurden. Zunächst einmal gab es eine Studie zu Dezentralisierung und kommunaler Selbstverwaltung, aus der hervor ging, dass Kommunen mit einem höheren Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter auch die mit einem niedrigeren pro Kopf-Aufkommen für Gesundheit und Familienplanung waren. Das mag an dem umgekehrten Anreiz gelegen haben, der im System angelegt ist, nämlich die durch die vertikale Linie zugesprochene Unterstützung für Schwangerschaftsbetreuung und Familienplanung abzurufen, und die eigenen Ausgaben für diese Aktivitäten einzusparen.⁸⁷ Die fehlende Koordination der Ausgaben zwischen der Nationalregierung und den Kommunen führte zur Unterfinanzierung vor allem solcher Bereiche, die für die Gesundheitsversorgung für Frauen und Familienplanung wesentlich waren. Zweitens ging mit der Feminisierung der Armut einher, da Frauen überproportional von dem destruktiven Trend betroffen waren, dass das Gesundheitssystem vermehrt von Eigenbeteiligung und Zuzahlung abhängen, denn dadurch wurde den Armen der Zugang zu medizinischer Versorgung zusätzlich erschwert. Drittens benachteiligte die zugesicherte Unterstützung der nationalen Krankenversicherung Frauen, weil es ihre medizinische Grundversor-

⁸⁶ World Bank Group. Decentralization and Health in the Philippines and Indonesia: An Interim Report. Washington DC: World Bank, 2002.

⁸⁷ Schwartz JB, Racelis R, Guilkey DK. Decentralization and Local Government Health Expenditures in the Philippines. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, University of North Carolina, 2000.

gung, wie z.B. normal verlaufende Geburten nicht abdeckte. Außerdem arbeiten sehr viele Frauen in prekären Arbeitsverhältnissen, und haben nicht mal zu diesem rudimentären Versicherungssystem Zugang. All dies zeigt, dass die Aufgabenübertragung mitnichten von Richtlinien, wie einer gesetzlich verankerten Kostenteilung zwischen Zentral- und Kommunalregierungen, der Entwicklung von Regelungs- und Finanzierungsrichtlinien zum Abpuffern der Eigenbeteiligung oder von der Entwicklung eines Modells zum Krankengeld, dass die Bedürftigsten durch Mechanismen wie Risikogruppen unterstützt, flankiert waren.

Institutionelle Kapazitäten

Ein wesentliches Hindernis bei der erfolgreichen Arbeitsübertragung war die Begrenzung institutioneller Kapazitäten sowohl auf den kommunalen wie nationalen Ebenen. Die wären benötigt worden, um den Verpflichtungen nachzukommen, die mit der Übertragung auf den Ebenen lasteten. Die Geschwindigkeit und der Umfang der Übertragung in den Philippinen verschärften die Situation. Außerdem waren nicht alle Kommunen im Hinblick auf ihre technischen Möglichkeiten und Leitungsqualitäten gleich gut aufgestellt, um die Gesundheitsdienste wirksam zu leisten und die Gelder für die Gesundheitsfürsorge in ihrem Zuständigkeitsbereich zu verwalten. Das bedeutete, dass die wohlhabenderen Kommunen besser mit den erhöhten Anforderungen, die mit der Übertragung an sie gestellt wurden, zurecht kamen und die ärmeren überwältigt wurden von den zusätzlichen Aufgaben. Gleichzeitig waren zentrale und regionale Gesundheitsministerien nicht darüber orientiert, dass sie sich jetzt auf ihre neuen Aufgaben der Richtlinienentwicklung, Standardisierung und Bereitstellung technischer Unterstützung, auf Fortbildung und noch weitere Unterstützungen für die Kommunen zu konzentrieren hätten.⁸⁸ Diese mangelhafte

Kapazitätenbildung im Vorfeld der Übertragung führte nicht nur zu unterschiedlichen Niveaus in der Gesundheitsversorgung zwischen einzelnen Kommunen und im Umkehrschluss zu gestörter Zugangsgerechtigkeit, sondern ebenfalls zu reduzierten Hilfestellungen durch das Ministerium in diesen turbulenten Zeiten. Informationen aus Studien über das öffentliche Gesundheitsprogramm besagen, dass durch die Zerschlagung der kommunalen Gesundheitsnetzwerke und die Leitungsschwierigkeiten bei den zentral gesteuerten Gesundheitsprogrammen die eingesetzten Gelder für das Gesundheitswesen weniger effektiv waren. Ein Gesundheitsprojekt für Frauen und für gesunde Schwangerschaft konnte während zwei Drittel der Laufzeit nur ein Drittel seiner Gelder ausgeben.⁸⁹

Das medizinische Personal

Das medizinische Personal in den Philippinen besteht zum größten Teil aus Frauen, das gilt für private wie öffentliche Einrichtungen. Ausgenommen sind die Ärzte. Vor der Übertragung waren die Angestellten des öffentlichen Dienstes besser bezahlt als ihre Kolleginnen in der Privatwirtschaft, das schloss höhere Zuwendungen und Anreize mit ein.⁹⁰ Nach der Übertragung wurde das öffentlich angestellte medizinische Personal eingeteilt in jene, die unter dem Ministerium arbeiteten und jene, die den Kommunen zugewiesen wurden. Das Gesetz der kommunalen Regierungsautonomie sah vor, dass die Kommunen das übertragene Personal übernahmen und sich an die einheitliche Bezahlung der Beamten hielten. Nun ließ die Formel zur Festlegung der Geldzuwendungen die tatsächlich entstehenden Kosten für Einrichtungen und Personal, die den Kommunen entstanden, außen vor. Um Befürchtungen des medizinischen Personals entgegenzutreten, war 1992 ein Gesetz für Bedienstete im Gesundheitswesen erlassen worden,

⁸⁸ World Bank Group. Decentralization and Health in the Philippines and Indonesia: An Interim Report. Washington DC: World Bank, 2002.

⁸⁹ Department of Health. Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004. Manila: Department of Health, 1999.

⁹⁰ Prado G, Diwa B, Estabillo VB, et al. Public service reforms and their impact on health sector personnel in the Philippines. Geneva: ILO and WHO, 1999.

dass eine Lohnerhöhung für Angestellte auf dem Land vorsah, doch eine Anpassung der Zuwendungen für die Kommunen blieb aus. Die Kommunalverwaltungen sahen sich außerstande, die finanziellen Verpflichtungen zu übernehmen und so geschah es, dass medizinisches Personal im Übertragungsbereich bis zu 40 Prozent weniger verdienten als ihre Kolleginnen im nicht übertragenen Kontext.⁹¹ Und das Personal sah sich mit dem Verlust klarer Karriereleitern konfrontiert (vor der Übertragung konnte ein Angestellter die Leiter bergan klettern auf eine Position in der Provinz-, Regional- und sogar Zentral-ebene). Der Verlust von Zuwendungen und Aufstiegsmöglichkeiten führte zur Demoralisierung unter den übertragenen Angestellten. Im Gegenzug hatte das Auswirkungen auf die Qualität und Effektivität der Arbeit. Das schloss die Gesundheitsversorgung für Frauen ein.

Zusätzlich bedeutete die Einbeziehung der Arbeit in die kommunale Ebene, dass von den Beschäftigten vor Ort, vor allem Hebammen, deren Aufgabe zuvor Sexualaufklärung, Schwangerschaftsbegleitung und Kindergesundheit war, plötzlich erwartet wurde, dass sie breiter gefächert, nicht nur Frauenfürsorge sondern auch allgemeine Gesundheitsdienste verrichten sollten. Mit z.B. Malaria- und Tuberkulosevorsorge wurde ihr Arbeitspensum erhöht. Dies, verknüpft mit Problemen wie mangelndem Nachschub und der Nichterstattung von Reisekosten, strapazierte ihre Fähigkeit, die notwendige Gesundheitsversorgung für Frauen zu leisten.

Die Qualität des Gesundheitswesens

Der Qualität der Versorgung wurde erst Anfang der 90er Jahre Aufmerksamkeit gewidmet. Vor der Übertragung litt die Qualität der Gesundheitsversorgung für Frauen bereits unter einer Reihe von Problemen. Dazu gehörte das mangelnde Ineinandergreifen in der Konstellation von

Leistungen, Schwierigkeiten in der Nachsorge, weil der Zugang zur Versorgung nicht gegeben war und die beschränkte Möglichkeit, Männer und Heranwachsende zu erreichen.⁹² Sich widersprechende Dokumentationen (z.B. für Abstriche bei der Krebsfrüherkennung) und die geringe Anzahl von Qualitätssicherungsstandards schränkte die Wirksamkeit dieser Leistungen ein. Berichten zufolge ließ die Qualität der Versorgung nach der Übertragung weiter nach. Das lag an der Unterbrechung von Überweisungsketten, an der Unterfinanzierung speziell von Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen, der niedrigen Moral beim medizinischen Personal, dem chronischen Mangel an Ausstattung und Medikamenten in den Einrichtungen und an der schlechten Zertifizierung von öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen. Vermeintlich kleine Änderungen auf kommunaler Ebene, wie die Kürzungen der Fahrtkosten, die andere Angestellte der Kommune nicht erhalten, hatte u. a. die sinkende Moral unter den Hebammen in den Dörfern zu Folge.⁹³ Vergleichbares geschah an anderer Stelle: Weil die Gesundheitsämter der Provinzen sich auf ihre Krankenhäuser konzentrierten und die Teams der Kreise nicht länger die Dörfer besuchten, erhielt das medizinische Personal auf den Dörfern kaum mehr Unterstützung, um ihre Arbeitsqualität aufrecht zu erhalten.⁹⁴ Zielgruppendifkussionen, die das Ministerium anstieß, förderten zu Tage, dass die Zufriedenheit der PatientInnen sehr niedrig war. Als Begründung wurden die mangelnde Verfügbarkeit wesentlicher Medikamente (z.B. für Geschlechtskrankheiten), die negative Einstellung der Betreiber gegenüber den

⁹¹ Prado G, Diwa B, Estabillo VB, et al. Public service reforms and their impact on health sector personnel in the Philippines. Geneva: ILO and WHO, 1999.

⁹² UNFPA. Implementing the Reproductive Health Vision: Progress and Future Challenges for UNFPA. New York: UNFPA, 1999.

⁹³ Solter S. Does decentralization lead to better quality services? In: Kolehmainen-Aitken R, editor. Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Boston: Management Sciences for Health, 1999. pp. 95-108.

⁹⁴ Solter S. Does decentralization lead to better quality services? In: Kolehmainen-Aitken R, editor. Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Boston: Management Sciences for Health, 1999. pp. 95-108.

PatientInnen und ein Mangel an Intimsphäre in den Einrichtungen benannt.

Präsenz vor Ort in einem Umfeld der Dezentralisierung

Den hohen Grad der Übertragung in den Philippinen in Betracht ziehend, bargen die Präsenz und die Entscheidungsgewalt vor Ort Chancen und Risiken für das Gesundheitswesen. Die Kommunen, die sich engagierten und zielorientiert arbeiteten, erreichten beachtliche Neuerungen und hielten die Ressourcen bei der Verbesserung der Umsetzung, in der Finanzierung und in der Leitung im Blick.⁹⁵ Gleichzeitig machte die große Anzahl an Kommunen (mehr als 1.600) es viel aufwändiger, die KommunalpolitikerInnen und BürgermeisterInnen fortzubilden und sie von der Notwendigkeit von Gesundheitsversorgung für Frauen zu überzeugen.

Dazu kommt, dass die Frauenquote in den Regierungen schon immer niedrig war, sie machen weniger als 10 Prozent der RepräsentantInnen auf nationaler Ebene aus. Obwohl sie auf den niedrigeren Ebenen besser vertreten sind, ist ihre Quote nie höher als 25 Prozent. Und obwohl die Dezentralisierung vorsieht, dass Frauen in ihren Berufssparten und Bevölkerungsgruppen besser vertreten sein sollen, fanden bisher noch keine Wahlen innerhalb der Berufssparten und Bevölkerungsgruppen statt.⁹⁶ Diese Faktoren mögen dazu beigetragen haben, dass auf der Ebene der Kommunen die Gesundheitsversorgung für Frauen nicht immer die Aufmerksamkeit bekam, die ihr gebührt. Um eine BürgerInnenbeteiligung auf Gemeindeebene anzuregen, wurden kommunale Gesundheitsräte eingerichtet.

Diverse Kommunalregierungen nutzten diesen Mechanismus, um ihre BewohnerInnen erfolgreich in die Themen des kommunalen Gesundheitswesens einzubinden. Einer Studie zufolge, die Kommu-

nen mit arbeitsfähigen Gesundheitsräten mit solchen ohne vergleicht, gibt es bei Kommunen mit Gesundheitsräten mehr Konsultationen, mehr Fundraising, zusätzliche Gesundheitsinitiativen und ein höheres pro Kopf Aufkommen für die Gesundheit.⁹⁷ Da BürgerInneninitiativen und -verbände häufig in solchen Räten vertreten sind und in diesen Initiativen und Verbänden vornehmlich Frauen engagiert sind, bieten die Gesundheitsräte eine wichtige Möglichkeit, die Stimme der Frauen bei Entscheidungen zum kommunalen Gesundheitswesen zu stärken. Leider haben aus verschiedenen Gründen nur wenige Kommunen BürgerInnenbeteiligung propagiert und Gesundheitsräte eingerichtet.

In diesem Zusammenhang sollten auch Initiativen genannt sein, die von Akteuren der Nichtregierungsorganisationen getragen wurden. Sie haben aktiv und unterstützend Einfluss auf die kommunale Gesundheitspolitik, ihre Budgetierung und Strategie genommen. Beispielsweise hat in Davao City die *Development of People's Foundation* Fortbildungsprogramme in Gemeinden angeboten, Lobbyarbeit und Forschungsarbeit geleistet und auf diese Weise die Politik der Kommune beeinflusst. Dazu hat sie regelmäßige Gespräche mit der Verwaltung geführt und die BürgerInnen darin bestärkt, ihre Gesundheitssituation ändern zu wollen. Ihre Arbeit ist Teil eines Ansatzes, der vielfältige Berufssparten und Bevölkerungsgruppen einbezieht, und den Gruppen der Zivilgesellschaft übernommen haben, um die Einführung des Frauenförderplans von Davao City zu überwachen. Mit solchen Gemeinwesen-Ansätzen kommt man auf dem Weg zum vertieften kommunalen Verantwortungsbewusstsein ein gutes Stück voran.

Die unerwünschten Konsequenzen der Arbeitsübertragung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für Frauen sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

⁹⁵ Department of Health. Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004. Manila: Department of Health, 1999.

⁹⁶ United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Report on the State of Women in Urban Local Government: Philippines. Manila: ESCAP, 2001.

⁹⁷ Ramiro LS, Castillo FA, Tan-Torres T, et al. Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. Health Policy and Planning 2001;16(2):61-69.

Tabelle 2: Auswirkungen der Übertragung auf die Gesundheitsversorgung für Frauen

| Aspekt des Gesundheitssystems | Unerwünschte Nebenwirkungen der Übertragung | Auswirkungen auf die Arbeit in der Gesundheitsversorgung für Frauen |
|-------------------------------|---|--|
| Versorgungsleistung | <ul style="list-style-type: none"> - Zersplitterung des Überweisungswesens - Nationalregierung unfähig, Kommunalpolitik zu beeinflussen | <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschaftsbegleitung negativ betroffen - Familienplanungsprogramme zwar national vorrangiges Projekt, jedoch in manchen Stadt- und Gemeinderäten nicht eingesetzt. |
| Finanzierung der Leistungen | <ul style="list-style-type: none"> - Nicht ausgewiesene Verschiebung der Gelder - Zuwendungen wurden nicht an die Vermögen der Kommunen angepasst - die Einseitigkeit der Regierungsausgaben für Heilmittel wurde nicht in Betracht gezogen | <ul style="list-style-type: none"> - Manche Kommunen gaben kein Geld für vorsorgende Leistungen wie Familienplanung aus - Einkommensabhängig erschwerter Zugang zu Gesundheitsversorgung für Frauen gerade bei den Bedürftigsten - Unterfinanzierung der Vorsorge in der Gesundheitsversorgung für Frauen |
| Kapazitäten der Einrichtungen | <ul style="list-style-type: none"> - zentrale und kommunale Neuorganisation der Rollen und Verantwortlichkeiten - Geschwindigkeit und Umfang der Übertragung verschärften institutionelle Zwänge auf kommunaler Ebene | <ul style="list-style-type: none"> - Die zentrale Ebene vermittelte den Kommunen keine Vision von umfassender Fürsorge - kommunale Ebene ist überfordert, Frauen-Fürsorge wirksam zu leiten |
| medizinisches Personal | <ul style="list-style-type: none"> - sinkende Moral des medizinischen Personals - Anstieg der Arbeitslast der Angestellten vor Ort | <ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Gesundheitsversorgung für Frauen beeinträchtigt - Hebammen sind außerstande, die Versorgungsbedürfnisse der ihnen Anvertrauten zu befriedigen |
| Qualität der Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> - Verlust der Einheitlichkeit des Überweisungssystems; Unterfinanzierung der Vorsorge; sinkende Moral beim Personal; Anstieg der Arbeitslast von Hebammen - Einschnitte in Reisekosten für Fortbildungen - Kontrolle durch Kreisämter nicht fortgeführt | <ul style="list-style-type: none"> - negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung - Fähigkeiten und Fertigkeiten des medizinischen Personals für Frauen-Gesundheit nehmen ab - keine technische Unterstützung oder Qualitätssicherung für das übertragene Personal |

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| Verantwortliche in den Kommunen | <ul style="list-style-type: none"> - kommunale Ebene ist anfällig bei erheblichem konservativen Druck - Frauen sind in Kommunen selten in Entscheidungspositionen - hohe Anzahl der Stadt- und Gemeinderäte, die für der Versorgung zuständig sind | <ul style="list-style-type: none"> - traditionell umstrittene Felder wie Verhütungsmittel und Geschlechtskrankheiten sind Zielscheibe von Kürzungen - wenige erheben ihre Stimmen für Frauen bei Themen zu Gesundheitsversorgung für Frauen - Bedarf enormer Anstrengungen, um für Unterstützung der Gesundheitsversorgung für Frauen zu werben |
|---------------------------------|---|--|

Vorsichtige Aneignung

Fünf Jahre nach der Einführung der Arbeitsübertragung bleibt das Arbeitsergebnis des nationalen Gesundheitswesens durchschnittlich und stagniert in vielen Fällen die Entwicklung. Die Kindersterblichkeitsrate blieb konstant bei 35 pro 1.000 Lebendgeburten, und die Impfrate stagnierte bei etwa 70 Prozent. Während sich die Gefahr durch Kinderkrankheiten und Infektionskrankheiten auf hohem Niveau einpegelt, steigt die Zahl der Fälle von nicht ansteckenden und chronischen Krankheiten. Fortschritte im Gesundheitswesen sind darüber hinaus nicht gleichmäßig verteilt, und es gibt zwischen den einzelnen Provinzen und auch der städtischen und der Landbevölkerung große Unterschiede bei der Lebenserwartung und den Krankheitsfällen. Große Unterschiede sind ebenfalls zwischen Milieus erkennbar. Der Gesundheitszustand der Armen und wenig Gebildeten ist ungleich schlechter als der der nicht Armen und Gebildeten.⁹⁸

Ein vergleichbar enttäuschendes Bild bot sich im gleichen Zeitraum in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung für Frauen. Der Gebrauch moderner Verhütungsmittel steigerte sich lediglich von 25 auf 28 Prozent. Damit sind etwa weitere 20 Prozent vermuteten Bedarfs nicht gedeckt. Die Rate von Todesfällen bei Schwangeren bleibt hoch bei etwa 200 von 100.000 Geburten, und die Rate von professionell

begleiteten Geburten verbesserte sich um lediglich 3 Prozent auf insgesamt 56 Prozent. Zwar konnte die Zahl von Anämien bei Schwangeren von 48 auf 40 Prozent gesenkt werden, dafür sank die Zahl von Tetanusschutzimpfungen für Schwangere von 42 auf 38 Prozent.⁹⁹ Abtreibungen sind weiterhin illegal, außer um das Leben der Mutter zu retten. Schätzungsweise 80.000 Frauen jährlich werden mit Komplikationen nach versuchten Abtreibungen ins Krankenhaus eingeliefert.¹⁰⁰

Das Ministerium gab 1998 eine Studie in Auftrag, die das Gesundheitswesen untersuchte. Dabei wurde erstens die unvollendete Übertragung in den Blick genommen und zweitens Themen, die aus Zeiten vor der Übertragung stammen und von der Übertragung nicht berührt wurden.¹⁰¹ Im Besonderen wurde versucht, Lehren aus den innovativen und vorbildhaften Erfahrungen der Kommunen zu ziehen, die die Übertragung erfolgreich an ihre Bedürfnisse angepasst hatten. Auf diese Studie und zahlreiche Konsultationen mit MultiplikatorInnen hin läutete die Regierung für 1999-2004 eine zweite Phase der Reformen ein. Die folgenden Anpassungen wurden

⁹⁸ Department of Health. Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004. Manila: Department of Health, 1999.

⁹⁹ National Statistics Office, Macro International. Philippines National Demographic Survey 1993. Baltimore: NSO/MI, May 1994. National Statistics Office, Macro International. Philippines National Demographic and Health Survey, 1998. NSO/MI, 1999.

¹⁰⁰ Singh S, Cabigon JV, Hossain A, et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. International Family Planning Perspectives 1997;23:100-107, 144.

¹⁰¹ Department of Health. Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004. Manila: Department of Health, 1999.

vorgenommen, um einige der Nebenwirkungen der Übertragung zu mildern:

- Das Gesundheitsministerium wird auf zentraler wie auf regionaler Ebene auf seine Verwaltungsfunktion hingewiesen und in ihr gestärkt.
- Das Ministerium hält technische Unterstützung und Gelder bereit, um Kapazitäten der Einrichtungen auf kommunaler Ebene zu verbessern, damit diese ihre Aufgabe der Gesundheitsversorgung nach der Übertragung erfüllen können.
- Die Formel zur Berechnung der anzuweisenden Gelder wird dem Ist-Zustand angeglichen. Somit werden die unterschiedlichen Kostenanteile für übertragene Aufgaben bei den verschiedenen Kommunen zu Grunde gelegt.
- Ein Anreizsystem mit angepassten Zuwendungen an die Kommunen wird eingeführt, um vorrangige Gesundheitsprogramme zu bewerben.
- Durch zentralisierte finanzielle und technische Unterstützung werden Kommunen zu Netzwerken zusammengefasst, um so der Zersplitterung der Dienste zu begegnen, und die Information über die leistungsstarke Funktion von Gesundheitsräten wird den Stadt- und Gemeinderäten zugänglich gemacht. Dahinter verbirgt sich die Hoffnung, dass sie sich ermutigt sehen, ihre BewohnerInnen in Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung einzubeziehen.

Die ReformenInnen sehen weiterhin eine Reihe von Feldern, die außerhalb der Übertragung liegen, die dennoch die Gesundheitsversorgung negativ beeinflusst haben. Sie erhoffen sich, die Finanzierung der Versorgung reformieren zu können, indem das Sozialversicherungsangebot erweitert wird und so die Mittellosen erreicht werden. Sie erhoffen die Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung erreichen zu können, indem die Anerkennungs- und Zertifizierungsmechanismen verstärkt und Gemeinden ermutigt werden, auf eine bes-

sere Versorgung zu dringen.¹⁰² Und letztlich erwarten sie Rationalisierungen in den Krankenhausleitungen, in der Finanzierung und in der Verteilung, um den Bedürfnissen der Bevölkerung besser gerecht werden zu können.

Schlussfolgerungen

Es ist heutzutage anerkannt, dass die Resultate der Gesundheitspolitik von einer ganzen Reihe von Faktoren beeinflusst werden, die nichts mit Gesundheit zu tun haben. Diese Faktoren bleiben von der Übertragung unbeeinflusst. In den Philippinen wäre die konservative Kirchenführung zu nennen, die das Verhältnis der Geschlechter zueinander prägte, was wiederum eine Gesundheitsversorgung für Frauen in ihrer ganzen Bandbreite verhindert. Die politische Führung ist ihrer Selbstverpflichtung zu Gesundheitsversorgung für Frauen untreu geworden, konsequenter Weise ist dieser Fürsorge kein politischer Vorrang eingeräumt worden. Diese Faktoren haben dazu beigetragen, dass der Status der Gesundheit von Frauen nur in sehr engen Grenzen verbessert wurde. Das trifft für die Zeit vor und nach der Übertragung zu, und solange diese Probleme nicht bearbeitet werden, wird keine Reform der Gesundheitspolitik zu besseren Ergebnissen bei der Gesundheitsversorgung für Frauen führen.

Die Dezentralisierung ist nur eine von vielen Reformen des Gesundheitswesens gewesen, und sie beeinflusste Funktionsmechanismen innerhalb des Gesundheitswesens und wurde von ihnen beeinflusst. Das philippinische Beispiel zeigt, dass es nicht reicht, Übertragung zum Wohle von erhöhter Wirksamkeit, Leistungssteigerung, und Zugangsgerechtigkeit einzuführen, vielmehr müssen viele weitere Faktoren zurechtgerückt sein, um tatsächlich dorthin zu gelangen.

¹⁰² Department of Health. Sentrong Sigla, Strategic Framework and Plan, Yr 2000-2004, Manila: Department of Health, 2000. R Lakshminarayanan / Reproductive Health Matters 2003;11(21):96-107.

Unabhängig vom politischen, wirtschaftlichen und sozialen Druck sollten Reformen nicht ohne ein profiliertes Gesundheitsprogramm und vorherige harte analytische Arbeit eingeführt werden. Im Falle der Übertragung hätte solche Grundlagenarbeit unterscheiden können, welche Vorgänge und Aufgaben besser dezentral und welche zentral angesiedelt werden, damit die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens gesteigert werden kann. Und dann müssen Reformen in ihrer Umsetzungsphase kritisch begleitet werden, um sicher zu gehen, dass die Eingriffe tatsächlich die Wirksamkeit, Leistungsfähigkeit und Zugangsgerechtigkeit verbessern.

Für eine Dezentralisierung sollte niemals „Alles oder Nichts“ gelten. Vielmehr sollte sie als eine Möglichkeit gelten, Macht und Verantwortung zwischen der Zentralregierung und den Kommunen auszubalancieren, und damit den als vorrangig erkannten Zielen der nationalen Gesundheitspolitik und gleichzeitig der flexiblen Reaktion auf Nöte vor Ort näher zu kommen. Die Vernachlässigung des als vorrangig gesetzten Familienplanungsprogramms durch Kommunen, die ideologisch ausscherten, hätte z.B. durch eine klarere Prioritätensetzung und Aufteilung der Macht zwischen Ministerium und Kommune vermieden werden können.

Die Dezentralisierung des Gesundheitswesens ist besonders vom Grad der Übertragungen abhängig. Wenn in extremen Ausmaßen (z.B. auf über 1.600 Kommunen) übertragen wird, kann die Einheit der Überweisungskette in Gefahr geraten, die für die Arbeit, wie einem Notfall bei der Entbindung, von grundsätzlicher Bedeutung ist. Es kann die Kostenvorteile schrumpfen lassen, weil es das Gesundheitssystem zerstört.

VertreterInnen aller Betroffenen, die von der Reform berührt werden, sollten in die Diskussionen der Planungsphase einbezogen sein, damit sie eingebunden sind und Verständnis für die erwarteten Ergebnisse aufbringen können. In den Philippinen z.B. fand zwar eine Diskussion statt, sie war aber beschränkt auf die nationale Ebene

der gesetzgebenden Organe und schloss das medizinische Personal und die kommunale Ebene aus, bis die Übertragung sie erreichte. Ergebnis war, das innerhalb des medizinischen Personals Groll gehegt wurde und in den ersten Jahren Verwirrung herrschte über die Rolle der Kommunen und ihre Verantwortung. Letztlich führte das zu einer Erosion der Qualität und der Wirkung medizinischer Arbeit.

Die Einschränkung von Kapazitäten kann zu erheblichen Engpässen bei der Arbeit führen und den gesamten Dezentralisierungsprozess in Frage stellen. Um diese Situation zu vermeiden sollte Dezentralisierung in Phasen eingeführt werden, und erhebliches Augenmerk sollte auf den institutionellen Kapazitätenaufbau sowohl auf zentraler wie lokaler Ebene gerichtet sein. Es ist einfach wichtig anzuerkennen, dass eine Reform des Gesundheitswesens Zeit und Engagements bedarf. Und Regierungen, die Gesundheitsreformen angehen, sollten Willens sein, den angefangenen Prozess fortzuführen und, wo nötig, aufgrund der im Prozess gewonnenen Erfahrungen Anpassungen vorzunehmen.

Der Transfer von Geldern an die Kommunen sollte behutsam bewerkstelligt werden, um die Balance zwischen Haushaltsautonomie der Kommunen und der Idee der ausgleichenden Verteilung von Ressourcen im Land zu halten. Formeln, die die Kosten der übertragenen Aufgaben und die Einkommensmöglichkeiten der Kommunen ausblenden, können die Ungleichheit von Angebot und den Zugang zu Gesundheitsfürsorge nur verschärfen.

Dezentralisierung ist, wie jedes Reforminstrument, nur ein Werkzeug und nicht das Arbeitsergebnis. GesundheitsreformerInnen sollten sich darüber im Klaren sein, dass die wesentlichen Elemente eines verbesserten Gesundheitswesens, die Qualitätssteigerung und die Einfügung von Leistungen, nicht automatisch durch die Reform erscheinen, sondern nur durch zusätzliche Maßnahmen errungen werden.

Das philippinische Beispiel zeigt, dass die Arbeit, die Qualität und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Frauen

wesentlich von Eingriffen wie der einer Übertragung berührt werden. Dabei waren ihre negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für Frauen keine direkten Ergebnisse der Übertragung an sich, sondern viel mehr ein Fehler der verantwortlichen DenkerInnen und PraktikerInnen dabei, die Übertragung angemessen vorzubereiten. Zunächst hätte die Regierung eine Basis der Gesundheitsversorgung für Frauen definieren müssen, die überall erhältlich und zugänglich ist, unabhängig von jedweden Dezentralisierungsanstrengungen. Das Fehlen dieser Basis ermöglichte es Kommunen überhaupt erst, diese Gesundheitsfürsorge zu ignorieren und damit eine ohnehin unhaltbare Situation zu verschärfen. Zweitens stand dem Ministerium eine Reihe von Instrumenten selbst unter dem Vorzeichen der Übertragung zur Verfügung, um so eine Basisfürsorge auf kommunaler Ebene durchzusetzen. Das Ministerium machte während der Anfangsphase keinen Gebrauch von ihnen. Es hätte z.B. Übereinkünfte zu Kostenteilungen treffen können, Mechanismen zur Fortbildung und zur technischen Unterstützung entwickeln können, Regelungen wie Genehmigungsverfahren etablieren können, neue Versicherungsleistungen des nationalen Krankenversicherungswesens entwickeln können, und es hätte Investitionsprogramme für fehlende Kapazitäten und schlecht funktionierende Teile im

Gesundheitswesen entwerfen und einführen können. Drittens hatte das Ministerium viele Möglichkeiten, neue Wege in der Gesundheitsversorgung für Frauen einzuschlagen, z.B. übergemeindliche Zusammenarbeit, eine Abstimmung zwischen den nicht übertragenen Einrichtungen und der übertragenen Arbeit vor Ort und eine Koordination mit der Privatwirtschaft, aber solche Möglichkeiten wurden nicht genutzt. Wenn die Philippinen ihre Erfahrungen mit der Dezentralisierung auswerten und nicht nur den Prozess der Aufgabenübertragung verbessern, sondern auch die Finanzierung und Organisation reformieren, um tief verwurzelte Probleme bei der Versorgungsleistung des Gesundheitswesens zu lösen, sind sie auf dem Weg, mit echten Hilfsprogrammen eine wahrhafte und nachhaltige Verbesserung einzuleiten. Wie dem auch sei, in Bezug auf Gesundheitsversorgung für Frauen sind eine nachhaltige politische Hinwendung und die Stärkung der institutionellen Kapazitäten aller Ebenen wesentlich. Erst dann können die Reformanstrengungen in tatsächliche Qualitätssteigerungen überführt werden, die als Verbesserung der Zugangsmöglichkeit, der Angebote, und der Bezahlbarkeit einer umfassenden Gesundheitsversorgung für Frauen erfahrbar sind.

Übersetzung: Katharina Stahlenbrecher

IX. Grundlegende Gesundheitsdienste im Zeitalter regionaler Autonomie in Indonesien

SMERU Research Institute

Die Regionalautonomie hat zu vielen Veränderungen in der Verwaltung von Dienstleistungen durch die Regierungen Indonesiens geführt. Im Gesundheitssektor zum Beispiel sind das Gesundheitsamt auf *kabupaten/kota*¹⁰³- und auf Provinzebene, zuvor vertikal ausgerichtete Institutionen, mit lokalen Gesundheitsämtern auf beiden Ebenen verschmolzen. Momentan werden alle Gesundheitsfragen von den lokalen Gesundheitsämtern sowohl auf Provinz- als auch auf *kabupaten/kota*-Ebene bearbeitet. Diese Veränderungen werden zwangsläufig Auswirkungen auf die Gesundheitsdienste haben. Die Frage ist, wie erheblich der Einfluss dieser Veränderungen sein wird und ob sie die Qualität der Dienstleistungen erhöhen oder das Gegenteil bewirken werden?

Die Qualität von Gesundheitsdiensten kann durch den Grad der Zufriedenstellung der Gemeinde hinsichtlich der erhaltenen Dienstleistungen sowohl im Bereich von Heilung als auch Prävention gemessen werden. Dennoch ist es schwierig, den Einfluss regionaler Autonomie auf die Gesundheitsdienste einzuschätzen, wenn man bedenkt, dass die Regionalautonomie erst seit 1999 in Kraft ist und die Regionalregierungen noch immer damit beschäftigt sind, ihre Ämter, ihr Personal und die Finanzen auf lokaler Ebene neu zu strukturieren. Die Umgestaltung dieser internen Komponenten hatte indirekte Auswirkungen auf die bereitgestellten Dienstleistungen. Eine effiziente Organisationsstruktur, die Anzahl und Qualität des Personals sowie die finanziellen Mittel, die zweckgerichtet und wirksam eingesetzt werden, beeinflussen das Niveau der Dienstleistungen.

Die Organisationsstruktur der lokalen Gesundheitsämter auf *kabupaten/kota*-Ebene hat sich seit Inkrafttreten des Gesetzes Nr. 22 zur Regionalautonomie von

1999 nicht wesentlich verändert. Die Ursache hierfür ist u.a., dass die Posten des Leiters des Provinzgesundheitsamtes sowie der Repräsentanzen des Gesundheitsamtes lange Zeit von einer Person besetzt waren. Außerdem waren normalerweise weniger als zehn Mitarbeiter, zumeist Beamte, die durch die Zentralregierung eingestellt wurden, in einer solchen Repräsentanz tätig. Nach Einführung der Regionalautonomie wurden die lokalen Gesundheitsämter lediglich um ein oder zwei Abteilungen erweitert, um die Bereiche zu bearbeiten, die zuvor vom Gesundheitsamt auf *kabupaten/kota*-Ebene kontrolliert worden waren.

SMERU hat im personellen Bereich zwei Hauptprobleme bei der Bereitstellung grundlegender Gesundheitsdienste ermittelt. Erstens fehlt in entlegenen Gebieten technisches Personal, sowohl medizinisch als auch in den Heilhilfsberufen; so werden in West Nusa Tenggara beispielsweise zusätzlich 150 Ärzte und 400 Hebammen gebraucht. Bis jetzt haben Gemeindeverwaltungen eher nicht-technisches Personal, also Verwaltungskräfte, als medizinisches Personal eingestellt. Das zweite Problem ist das Dienstverhältnis der medizinischen Mitarbeiter. 1991 stellte die Regierung Richtlinien zur Einstellung nicht-dauerhaft angestellter Beamter (PTT: *Pegawai Tidak Tetap*) einschließlich medizinischen Personals auf. Nach der Einführung der Regionalautonomie ist nach wie vor unklar, ob die Befugnis zur PTT-Einstellung in den Händen der Zentralregierung oder der Gemeindeverwaltungen liegt. Dies hat offenbar Implikationen für die von den Gemeindeverwaltungen gezahlten Gehälter.

¹⁰³ Kabupaten: Bezirk, Kota: Stadt

Dienstleistungen von Gesundheitszentren auf Gemeindeebene¹⁰⁴

Als Zentrum für grundlegende Gesundheitsdienste auf *kecamatan*¹⁰⁵-Ebene hat jedes *puskesmas*¹⁰⁶ üblicherweise einen Arzt, der zum Leiter dieses *puskesmas* ernannt ist. Die Verwaltungstätigkeiten als Leiter reduzieren jedoch häufig die Sprechstundenzeiten mit den Patienten. Als Folge davon werden die Patienten zumeist von den Krankenschwestern und Hebammen des *puskesmas* versorgt. Dies ist ein Dilemma. Als beauftragter Arzt soll er oder sie einerseits zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten beitragen. Auf der anderen Seite behindern die Verwaltungstätigkeiten des *puskesmas*-Leiters eigentlich dessen Pflichten als Arzt oder Ärztin. Die Ergebnisse einer Erhebung in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* zeigten, dass Krankenschwestern und Hebammen Sprechstunden für eine große Anzahl von Patienten bereitstellten, obwohl ein Arzt anwesend war. Ironischerweise hat die SMERU-Untersuchung ergeben, dass eine Reihe von leitenden *puskesmas*-Ärzten und medizinischen Angestellten während ihrer *puskesmas*-Arbeitsstunden Dienstleistungen für Privatpatienten angeboten haben. Patienten, die bessere Dienstleistungen und Medikamente erhalten wollen, wählen allgemein eine Behandlung von diesen Ärzten, obwohl sie höhere Gebühren dafür zahlen müssen. Dies widerspricht in Wirklichkeit der Funktion des *puskesmas* als Alternative für die Armen, um eine bessere Behandlung zu bekommen.

Fokus auf die Finanzierung der Puskesmas

In verschiedenen Regionen haben sich *puskesmas* über die geringen finanziellen Mittel beschwert, die sie im Zeitalter der Regionalautonomie erhalten. Andere Beschwerden beziehen sich auf das Monopol von *kabupaten*-Verwaltungen über die Kontrolle der Finanzmittel. Obwohl die

Programmorschläge und Finanzpläne gegenwärtig von den *puskesmas* entworfen werden, erhalten sie nur Mittel für Programme, die von den *kabupaten* bestimmt wurden. Vor der Regionalautonomie war das Gegenteil der Fall: 80 Prozent der Finanzmittel von der Zentralregierung erhielten die *puskesmas* als pauschale Zuschüsse, so dass sie ihre Geldmittel ihren eigenen Bedürfnisse entsprechend verteilen konnten. Wenn die Regionalregierungen die Quantität und Qualität der *puskesmas*-Dienstleistungen auf dem gleichen Niveau wie vor der Regionalautonomie erhalten wollen, müssen die aus dem Budget der Regionalregierung an die *puskesmas* verteilten Geldmittel mindestens die gleichen bleiben wie vorher. Obwohl Finanzierung nicht der einzige die Qualität beeinflussende Faktor ist, wird ein Mangel an Finanzmitteln definitiv den Grad der Dienstleistungen beeinträchtigen.

Eine weitere Tendenz seit Einführung der Regionalautonomie ist der Anstieg der *puskesmas*-Gebühren. Zuvor erstreckten sich die Gebühren für Patienten zwischen Rp 500 und Rp 2.000 pro Besuch. Seit der Dezentralisierung haben eine Reihe von *kabupaten/kota* die *puskesmas*-Gebühren auf Rp 3.000 bis Rp 5.000¹⁰⁷ erhöht. Obwohl diese Gebühren laut Gesetz rechtmäßig erhoben werden, darf nicht vergessen werden, dass es meistens die Armen sind, die nicht in der Lage sind, die Dienste eines Privatärztes zu nutzen und die deswegen die *puskesmas*-Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Deshalb können hohe Gebühren sie am Zugang zu den Gesundheitsdiensten hindern.

Diese Situation wurde nicht direkt durch die Politik der Regionalautonomie verursacht. Wenn die Regionalregierungen sich jedoch nicht ernsthaft darum bemühen, Lösungen für dieses Problem zu finden, werden sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die grundlegenden Gesundheitsdienste insbesondere für die Armen verschlechtern.

¹⁰⁴ Die folgenden Passagen stammen von Vita Febriany.

¹⁰⁵ Kecamatan: Unterbezirk

¹⁰⁶ Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat): Gemeindegesundheitszentrum

¹⁰⁷ Zurzeit umgerechnet etwa 0,27 bis 0,45 Euro.

Puskesmas in Indonesien¹⁰⁸

Allgemein wird angenommen, dass die meisten Indonesier durch Gemeindegesundheitszentren (*puskesmas*) Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung durch die Regierung haben. Es besteht jedoch die Vermutung, dass nicht viele Menschen verstehen, welche Dienstleistungen im *puskesmas* angeboten werden oder wie die Qualität dieser Dienste ist. Dieser Artikel wird einige Aspekte der grundlegenden Gesundheitsversorgung im *puskesmas* in Indonesien aus der Perspektive von Beschäftigten im Gesundheitsbereich illustrieren. Der Inhalt des Artikels ist mehr eine deskriptive Illustration als eine detaillierte Analyse, zusammengestellt aus im Gesundheitsministerium erhältlichen Informationen. Die Illustration wurde angereichert mit den Ergebnissen einer Felduntersuchung von SMERU, die im Zusammenhang mit einer Erfassung über die Abwesenheit von Mitarbeitern von Gesundheitsdiensten in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* in den Jahren 2002 und 2003 durchgeführt wurde.

Seit den letzten 20 Jahren basiert Indonesiens Gesundheitssystem auf dem „Nationalen Gesundheitssystem“ von 1982 und dem Gesetz zur Gesundheit Nr. 23/1992. Dennoch ist sich die indonesische Regierung dessen bewusst, dass Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitsstandards nicht auf eine umfassende, integrierte und nachhaltige Weise bewältigt wurden. Bis heute wird die Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten noch als unzureichend angesehen. Obwohl grundlegende Gesundheitsdienste vom Staat in allen *kecamatan* vorhanden sind und von mindestens drei untergeordneten *puskesmas (pustu)* unterstützt wer-

den, haben nicht alle Mitglieder einer Gemeinde Zugang zu diesen kostengünstigen Gesundheitsdiensten. Nur etwa 30 Prozent der Bevölkerung nutzen Dienste von *puskesmas* und *pustu*. Dies kann als ein Grund für die hohe Kinder- und Müttersterblichkeitsrate angesehen werden, die 50 pro 1.000 Lebendgeburten (Susenas 2001) bzw. 373 pro 100.000 Lebendgeburten (SKRT, 1995) beträgt. Als Folge davon steht Indonesien auf dem Human Development Index (HDI) noch immer auf Platz 112 von 175 Ländern (UNDP, 2003).¹⁰⁹

Ogleich noch immer unzureichend, versucht die Regierung sicher zu stellen, dass die Gesundheitsdienste eine breite Auswahl an Dienstleistungen anbieten, um die Bedürfnisse der Gemeinden auf unterschiedlichen sozioökonomischen Niveaus zu allen Zeiten zu befriedigen. Tabelle 1 illustriert die Gesundheitsdienste, die gegenwärtig in Indonesien erhältlich sind (Department of Health, 2001).

Die Tabelle zeigt, dass die *puskesmas* die ausführenden Einheiten der Gesundheitsdienste auf der grundlegenden Ebene und die Speerspitzen für Entwicklungsaktivitäten im Gesundheitsbereich sind. *Puskesmas* funktionieren dabei als Zentren, die: 1. die Öffentliche Gesundheit erhöhen, die 2. die Bürgerpartizipation Stärkung ihrer Fähigkeit, ein gesundes Leben zu führen, fördern und die 3. umfassende, ganzheitliche und nachhaltige Qualitätsgesundheitsdienste für die Gemeinden bereitstellen.

Die Geschichte und Entwicklung des *puskesmas* begann mit der Einrichtung verschiedener Gesundheitskliniken, wie etwa ärztliche Kliniken, Geburtskliniken und Kliniken für Kinderfürsorge. Die Broschüre „Puskesmas im Zeitalter der Dezentralisierung“¹¹⁰ zeigt, wie beim Bandung Planungstreffen 1951 die Idee initiiert wurde, solche Institutionen in ein System zu integrieren, so dass sie effek-

¹⁰⁸ Die folgenden Ausführungen sind einem Vortrag entnommen, der auf dem ‚Global Development Network Workshop: Tackling Absence of Teachers and Medical Personnel, New Delhi, 25-26 January 2004‘ präsentiert wurde. Sie basieren auf einer von SMERU zusammen mit leitenden Mitarbeitern der Weltbank durchgeführten Untersuchung zur Erfassung von Abwesenheitszeiten bei Mitarbeitern von Gesundheitsdiensten in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* in den Jahren 2002 und 2003. Die Zusammenstellung erfolgte durch Sri Kusumastuti Rahayu und Sri Budiayati.

¹⁰⁹ Diese Angaben wurden dem bisher unveröffentlichten Entwurf des Nationalen Gesundheitssystems 2003 (2003 National Health System) entnommen.

¹¹⁰ Puskesmas Management in the Era of Decentralization, Directorate General of Community Health Education, 2001

Tabelle 1. Art der Gesundheitsdienstleistungen in Indonesien

| Art der Dienstleistung | Gesundheitsdienste |
|----------------------------------|--|
| Grundlegender Gesundheitsdienst | Gesundheitseinrichtungen auf Gemeindeebene. Die am weitesten vorhandenen Einrichtungen dieser Art schließen ein: <ul style="list-style-type: none"> - Integrierte Gesundheitsposten - Dörfliche Medizinposten - Dörfliche Geburtshäuser - Gemeindegruppen für Gesundheitsfonds - Gesundheitspflegeposten - <i>Puskesmas</i>, untergeordnete Gesundheitsfürsorgezentren und mobile Gemeindegesundheitszentren |
| Sekundäre Gesundheitsdienste | <ul style="list-style-type: none"> - Öffentliche Krankenhäuser - Private Krankenhäuser - Spezialkrankenhäuser - Spezialkliniken (wie Lungen- und Augenkliniken) |
| Tertiäre Gesundheitsdienste | Zum Beispiel: exzellente Gesundheitszentren mit modernsten Einrichtungen wie Krankenhäuser zur Spezialisierung auf Frauengesundheit, Kinderheilkunde, zur Krebsbehandlung oder Kardiologie |
| Massengesundheitsdienste | Nationale Impfwoche zur Ausrottung von Polio |
| Traditionelle Gesundheitsdienste | Traditionelle Heiler |

Quelle: *Strategic Plan for Health Developments, 2001-2004*, Indonesian Department of Health, 2001.

tiver und effizienter arbeiten würden. 1956 wurde das Konzept der integrierten Dienste weiter entwickelt, nachdem die Teamarbeit und der Teamansatz für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen eingeführt worden waren.

Laut der Informationsbroschüre wurden *puskesmas* zunächst in den Operationsplan für die Stärkung der Gesundheitsdienste in Indonesien (Master Plan of Operation for Strengthening National Health Services in Indonesia) von 1969 einbezogen. Dieser Plan legte fest, dass es drei Arten von *puskesmas* geben würde (Typ A, B und C). Beim Dritten Nationalen Treffen für Gesundheitsarbeit (Third National Health Working Meeting) 1970 wurde dann beschlossen, nur eine Art *puskesmas* mit sieben Hauptaktivitäten zu schaffen. Weitere Entwicklungen bezogen sich mehr auf die Zunahme von Hauptaktivitäten im Einklang mit Entwicklungen in den Wis-

senschaften, Regierungskapazitäten und Programmzielen auf nationaler Ebene.

Liste der Hauptaktivitäten von *Puskesmas*

- Frauen und Kindergesundheit
- Familienplanung
- Ernährung
- Umweltgesundheit (*environmental health*)
- Überwachung, Vorsorge und Beseitigung von Krankheiten sowie Immunisierung/ Schutzimpfungen
- Öffentliche Gesundheitsbildung
- Behandlung, einschließlich Notfallbehandlung nach Unfällen
- Gesundheit in Schulen
- Öffentliche Gesundheitspflege
- Dentale und orale Gesundheit
- Mentale Gesundheit

- Optometrie (Sehkraftbestimmung)
- Gesundheit im Alter (*geriatric health*)
- Bewegung und Sport
- Entwicklung traditioneller Medizin
- Arbeitsschutz
- Einfache Laboratorien
- Informationssammlung und Berichten für das Gesundheitssystem

Laut den Untersuchungsergebnissen aus 100 *puskesmas* sorgen alle *puskesmas* für vor- und nachgeburtliche Betreuung und Fürsorge, Immunisierungen /Schutzimpfungen (Tuberkulose, Polio, MMR, DPT,¹¹¹ Tetanus und Hepatitis B) sowie Familienplanung, Ernährungsberatung und grundlegende Augenuntersuchungen. Zahnmedizinische Dienstleistungen werden, mit Ausnahme von zwei Gemeindegesundheitszentren in Surakarta, zwei in Rejang Lebong und drei in Tuban, in allen erfassten *puskesmas* bereitgestellt.

Puskesmas arbeitet auf *kecamatan*-Ebene landesweit. Jeder *kecamatan* sollte ein *puskesmas* haben. In dicht bevölkerten Gegenden wie Städten sind deren Arbeitsgebiete jedoch kleiner geworden. Das heißt, sie arbeiten auf der *kelurahan*¹¹²-Ebene und so findet man mehr als ein *puskesmas* in einem *kecamatan*.

Mit dem Ziel, die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten auszuweiten, um der Größe des Wirkungsgebietes und der Bevölkerungsdichte gerecht zu werden, wird ein *puskesmas* von kleineren Gesundheitsfürsorgeeinheiten unterstützt: untergeordnete Gesundheitsfürsorgezentren (*pustu*), Hebammen im Dorf (*bides*), Geburtshäuser im Dorf (*polindes*) und mobilen Gesundheitskliniken (*pusling*). Diese vier Ergänzungseinheiten arbeiten unter *puskesmas* in Fragen, die die Beschäftigten in der Gesundheitsfürsorge, die Medikation und die Einrichtungen betreffen.

Ein *pustu* deckt ein bis zwei Dörfer mit einer Zielgruppe zwischen 2.500 (außerhalb Javas) und 6.000 Einwohnern (auf Java und Bali) ab. Ein *pustu* beschäftigt eine Hebamme und eine Krankenschwester, die durch zwei Verwaltungskräfte unterstützt werden. In verschiedenen Fällen, für gewöhnlich in urbanen Gegenden, wird ein *pustu* auch von einem Arzt oder Zahnarzt unterstützt. Dorfhebammen sind beauftragt, die Qualität und Reichweite der *puskesmas*-Dienste in einem Arbeitsgebiet von ein oder zwei Dörfern zu verbessern. *Polindes* werden mit der finanziellen Unterstützung der Regierung sowie der Gemeinde errichtet und sind dazu da, Frauen bei der Geburt zu unterstützen. Zusätzlich dienen diese Häuser auch als Wohnort für die Hebammen. In verschiedenen Fällen verlassen sich Gemeinden aufgrund ihrer Erreichbarkeit und Nähe auf diese Einrichtungen für gesundheitliche Kontrolluntersuchungen. *Pusling* dagegen sind mobile Gesundheitskliniken für Gemeinden in entlegenen Gebieten, die nur mit dem Auto oder einem Motorboot zu erreichen sind, und die mit einem Arzt, einer Krankenschwester, einer Hebamme und einer Fachkraft für Hygiene ausgestattet sind und deren Tätigkeitsgebiet dem von *puskesmas* entsprechen.

Laut den „Grunddaten zu *Puskesmas*, 2002“ (Directorate General of Community Health Education, 2002), arbeiten 7.277 *puskesmas* im ganzen Land, 1.818 von ihnen sind mit Möglichkeiten zur stationären Behandlung ausgestattet. Zusätzlich gibt es 21.256 *pustu* und 5.084 *pusling*.

Die meisten *puskesmas* werden von einem Arzt geleitet, der eine Anzahl von medizinischen Mitarbeitern und Verwaltungspersonal betreut. Dennoch erfordern die Richtlinien der Regierung nicht zwingend, dass ein Arzt das *puskesmas* leitet. Eine Person mit einem Abschluss in öffentlicher Gesundheitspflege oder Krankenhausverwaltung wäre beispielsweise ebenso für diesen Posten geeignet.

Generell kann die Anzahl des in einem bestimmten Gebiet benötigtem Gesundheitspersonals auf der Grundlage des Ver-

¹¹¹ MMR: Masern, Mumps und Röteln; DPT: Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus.

¹¹² *kelurahan*: Dorfoberhauptamt.

hältnisses von speziellem Fachpersonal im Gesundheitssektor zur Bevölkerung, der Arbeitsbelastung für die Organisation durch die von der Öffentlichkeit benötigten Gesundheitsdienste und dem Ausmaß an Gesundheitsproblemen (Auftreten von Krankheiten, deren Verbreitung oder eine Kombination von beiden) bestimmt werden. Aktuelle landesweite Daten zeigen, dass die Zahl des Gesundheitspersonals noch

immer unzureichend ist. Tabelle 2 zeigt die Gesamtzahl von *puskesmas*-Beschäftigten im Jahr 2000, die Patienten in mehr als 7.000 *puskesmas* in Indonesien versorgt haben. Das Verhältnis von Gesundheitspersonal zu Patienten ist noch immer niedrig, d.h. ein Arzt ist für 5000 Menschen zuständig, auf eine Krankenschwester kommen 2.850, auf eine Hebamme 2.600 Patienten (Department of Health).

Tabelle 2. Kategorie und Zahl des Gesundheitspersonals

| Gesundheitspersonal | <i>Puskesmas</i> 2000 |
|--|--------------------------|
| Ärzte | 9.156 |
| Zahnärzte | 4.805 |
| Gemeindegesundheitspezialisten | 876 |
| Dorfhebammen/Hebammen/Krankenschwestern | 92.391 |
| Zahnarzthelfer | 8.067 |
| Mitarbeiter in der mobilen Gesundheitsfürsorge | 2.261 |
| Ernährungsberater | 10.827 |
| Hygienefachkräfte | 6.460 |
| Apotheker | 790 |
| Pharmazeutisch-technische Assistenten | 3.036 |
| Laboranalysten | 6.396 |

Quelle: A Profile of Community Health, 2001, Directorate General of Community Health Education, the Indonesian Department of Health, 2001

SMERUs Forschungsergebnisse zeigen, dass - obwohl das Verhältnis von medizinischem Personal im *puskesmas* und Patienten noch immer alles andere als ideal ist – die befragten *puskesmas*-Leiter den Eindruck haben, es gäbe genug Mitarbeiter (Tabelle 3). Man kann dennoch nicht leugnen, dass viele *puskesmas* vor allem in entlegenen Gebieten immer noch unterbesetzt sind.

Durchschnittlich wird ein *puskesmas* von zwei Ärzten und etwa zwölf Hebammen und Krankenschwestern versorgt. Laut Untersuchungsergebnissen variiert die Anzahl an Gesundheitspersonal innerhalb der als Beispiele herangezogenen *puskesmas*. Für gewöhnlich folgt sie dem landes-

weiten Muster, dass urbane Gebiete mehr Ärzte und ländliche Gegenden mehr Hebammen und Krankenschwestern erhalten. Tabelle 3 zeigt die Zahl des medizinischen und Gesundheitspersonals in den Beispielgebieten im Verhältnis zur Anzahl der Patienten.

Tabelle 3 zeigt auch, dass die Anzahl der Patienten in urbanen Gebieten höher ist als in ländlichen Gebieten, und das, obwohl Stadtgebiete mehr sekundäre und tertiäre Gesundheitsdienste, wie etwa Krankenhäuser, haben. In ländlichen Gebieten wählen die meisten Menschen *pustu* und *polindes*, die näher an ihren Wohnstätten sind. Mit Ausnahme von Bandung ist jedes

Tabelle 3. Verhältnis von Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen zu Patienten (Beispielregionen)

| Kabupaten / Kota | Anzahl der <i>Puskesmas</i> | Durchschnittliche Anzahl Patienten pro Tag pro <i>Puskesmas</i> | Durchschnittliche Anzahl von Ärzten pro <i>Puskesmas</i> | | | Durchschnittliche Anzahl von Krankenschwestern und Hebammen pro <i>Puskesmas</i> | | |
|----------------------|-----------------------------|---|--|---|---|--|---|----|
| | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 17 |
| Pekabaru | 11 | 136 | 1 | 2 | 3 | 17 | 0 | 17 |
| Cilegon | 5 | 55 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 | 6 |
| Bandung | 12 | 63 | 1 | 0 | 1 | 8 | 0 | 8 |
| Surakarta | 11 | 56 | 2 | 1 | 3 | 7 | 0 | 7 |
| Pasuruan | 6 | 48 | 2 | 2 | 4 | 3 | 0 | 3 |
| <i>Rejang Lebong</i> | 11 | 23 | 1 | 1 | 2 | 12 | 5 | 17 |
| <i>Magelang</i> | 11 | 42 | 1 | 2 | 3 | 10 | 5 | 15 |
| <i>Tuban</i> | 11 | 15 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 5 |
| <i>Lombok Tengah</i> | 11 | 35 | 1 | 1 | 2 | 8 | 3 | 11 |
| <i>Gowa</i> | 11 | 38 | 2 | 1 | 3 | 12 | 0 | 12 |

Quelle: Untersuchungsergebnisse, SMERU, 2003.

Anmerkung: * Kabupaten sind kursiv geschrieben; ** Einige Krankenschwestern und Dorfhebammen werden alternativ auch an *pustu* und *polindes* berufen. 1: dauerhafte Beschäftigung; 2: Beschäftigung auf Vertragsbasis; 3: Beschäftigung insgesamt.

puskesmas mit zwei Ärzten besetzt, normalerweise ein regulärer *puskesmas*-Arzt (oder der *puskesmas*-Leiter) und ein anderer Arzt ohne permanenten Vertrag. In Bandung praktizieren Zahnärzte zwar in den *puskesmas*, sie werden jedoch von einer anderen Organisation verwaltet und werden nicht als Vollzeitmitarbeiter des *puskesmas* betrachtet. Die obigen Daten zeigen auch, dass die Verteilung des Gesundheitspersonals ungleichmäßig ist und nicht von der Anzahl der Patienten abhängt. Das SMERU-Team hat ermittelt, dass die meisten *puskesmas*-Leiter Frauen sind, was ebenso auf die meisten *puskesmas*-Mitarbeiter zutrifft. Männliche Gesundheitsmitarbeiter arbeiten für gewöhnlich als Gesundheitsbeamte oder Labortechniker.

Die *Puskesmas* öffnen um 8.30 Uhr, obwohl einige Mitarbeiter auch früher kommen, und schließen um 13.00 Uhr. Häufig schließen sie schon eher, wenn keine Patienten mehr kommen. Es gibt drei Arten von *puskesmas*-Patienten: allgemeine Patienten, versicherte Patienten und Patienten des sozialen Sicherheitsnetzes SSN (Social Safety Net), die zu den ärmsten zählen.

Durchschnittlich werden im *puskesmas* Gebühren in Höhe Rp 2.000 bis Rp 5.000 pro Patient für Sprechstunde und Medizin erhoben. Die niedrigsten Gebühren wurden im *kabupaten* Magelang und *kota* Pekabaru (Rp 2.000) gefunden, während die höchsten in den *kabupaten* Gowa und *Lombok Tengah* (Rp 5.000) erhoben wurden.

SSN-Patienten erhalten kostenlose Gesundheitsdienste, während versicherte Patienten niedrigere Gebühren als allgemeine Patienten entrichten, in der Stadt Surakarta zum Beispiel mussten sie nur Rp 1.000 zahlen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren die Gebühren seit den vorangegangenen ein oder zwei Jahren gestiegen und gegenwärtig erwägen die *kabupaten/kota*-Regierungen eine weitere Erhöhung. Zwischen 30 und 50 Prozent der von einigen *puskesmas* erhobenen Gebühren werden an die jeweiligen lokalen Regierungen weiter geleitet, während der Restbetrag beim *puskesmas* verbleibt, um die Betriebskosten abzudecken.

"Gesundes Indonesien 2010" als gemeinsame Anstrengung¹¹³

Im Zusammenhang mit dem Programm „Gesundes Indonesien 2010“, das 1999 initiiert wurde, bestärkte die Regierung einen Wandel in der Denkweise der Gesellschaft. Durch die Einbeziehung von Gemeinden in die Gesundheitsbewegung und bei der Beschaffung eigener Gesundheitsfinanzmittel sollen die Menschen mehr Eigeninitiative erwerben, wenn es um ihre Gesundheitsbedürfnisse geht. Dadurch, so wird erhofft, sollen Gesundheitsprobleme nicht mehr nur die Verantwortlichkeit der Regierung bleiben, sondern auch die der Gesellschaft als Ganze werden.

Eine gesunde Umgebung, gesundes Verhalten und ein Gesundheitsdienst von hoher Qualität sind die drei Hauptsäulen des Programms „Gesundes Indonesien 2010“. Die Indikatoren einer gesunden Umgebung beinhalten saubere Luft, das Vorhandensein von sauberem Wasser und eines vollwertigen Abwassersystems, sowie Wohnungsbau- und Regionalplanung, die auch Gesundheitsfragen mit einbezieht. Dazu gehört auch, die gegenseitige Kooperation zwischen den Gemeindemitgliedern zu verwirklichen.

Gesundes Verhalten wird durch eine proaktive Einstellung der Gemeinde in den Fragen reflektiert, die Gesundheit zu

verbessern und zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, sich selbst vor Krankheitsgefahren zu schützen, aber auch, eine aktive Rolle in der Gesundheitsbewegung einzunehmen. Die bereitgestellten Gesundheitsdienste sollen von hoher Qualität, gerecht, gleichmäßig zugänglich und erschwinglich für alle Mitglieder der Gesellschaft sein. Diese drei Säulen bildeten die Grundlage bei der Formulierung von Visionen, Aufgaben und Strategien und waren die grundlegenden Richtlinien für die nationale Entwicklung des Gesundheitssektors.

Gemeindebeteiligung wurde eigentlich lange Zeit über das „Gesundheitsentwicklungsprogramm auf Gemeindeebene“ (PKMD: Pemangunan Kesehatan Masyarakat Desa) von der Regierung ausgeübt. Eine der Aktivitäten ist das Betreiben von *posyandu* (integrierte Gemeindegesundheitszentren). Die von *posyandu* bereitgestellten Gesundheitsdienste umfassen Impfleistungen, Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder und den Bereich Familienplanung. Letztere schließen auch die PKK-Kader (PKK ist ein Programm auf Dorfebene, um Frauen über verschiedene Aspekte der Familienwohlfahrt aufzuklären) und *puskesmas*-Beamte ein. Das Konzept der Einbindung der Gemeinde in das PKMD-Programm zielt darauf ab, die Gemeinden in gesundheitsbezogenen Aktivitäten zu unterstützen und einen Transfer von Fähigkeiten und Leitung zu fördern, damit sie im Gesundheitsbereich unabhängiger sind. Im Zeitalter der Regionalautonomie ist dieses Konzept weiterentwickelt worden, indem Gemeindevertreterorganisationen etabliert wurden. Diese zeigen „Sorge“ für die Gesundheit und unterstützen - zusätzlich in ihrer Funktion als „Treuhand“ - die Verbesserung der Leistungen der *puskesmas* durch die Bildung eines „Vorstands für die Sorgen des Gesundheitswesens“ (BPKM: Badan Peduli Kesehatan Masyarakat) oder eines *puskesmas*-Kuratoriums (BPP: Badan Penyantun Puskesmas).

BPKM oder BPP sind eine Form der Kooperation zwischen *puskesmas* und Gemeinde. Als Partner der *puskesmas* haben diese Organisationen eine Rolle als

¹¹³ Die folgenden Passagen stammen von Sri Budiayati.

Beschwerdestelle, die Beschwerden, Kritik und Vorschläge hinsichtlich der Gesundheitsdienste erhält und diese dann an die *puskesmas* weitergibt. BPP suchen auch nach Finanzmitteln oder Ressourcen der lokalen Gemeinden, um die Finanzierung von Gesundheitsaktivitäten in den *puskesmas* und *kecamatan* zu unterstützen. BPP sind zusammengesetzt aus prominenten Persönlichkeiten der Gemeinde, die ein Interesse für Gesundheitsfragen zeigen. Gemeindevertreter und prominente Personen sind aktiv in die Formulierung von Arbeitsplänen für die *puskesmas* einbezogen und beaufsichtigen diese gleichzeitig. Diese Organisationen sollen, so die Hoffnung, als effektive Vermittler die Kluft zwischen Gemeindebedürfnissen und *puskesmas*-Diensten überbrücken. Dennoch hat das BPP-Konzept noch nicht genügend Aufmerksamkeit erfahren. Von den 100 im Jahr 2002-2003 von SMERU befragten *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* hat das Konzept lediglich in einem Anwendung gefunden, in Kabupaten Gowa in Süd-Sulawesi.

Ein weiteres von den Regionalregierungen entwickeltes Konzept zur Überwindung des Finanzmangels in *puskesmas* ist das JPKM-Programm, ein Programm zum Schutz des Gesundheitswesens. JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) ist ein System der Finanzierung und Fürsorge, welches durch ein Vorauszahlungssystem verschiedene Parteien einbezieht und die Gemeindeeinbindung reflektiert. Das Gesetz zur Gesundheit 23/1992, welches immer noch in Kraft ist, besagt, dass die Regierung die Gesundheitsfürsorge der Gemeinde als Grundlage für die Organisation einer Gesundheitsfürsorge zu entwickeln, zu unterstützen und hervorzuheben habe, für die die finanziellen Mittel kollektiv aufgebracht werden. In West Nusa Tenggara besteht dieses Programm bereits mit einer monatlichen Gebühr von Rp 1.000, die ein Jahr im voraus bezahlt wird und von ehemaligen Gesundheitsbeamten unter dem Namen Bapel (*Board of Executors*) verwaltet wird. Bapel arbeitet Seite an Seite mit den *puskesmas*. Mitglieder des JPKM, die krank werden, haben

ein Recht auf Gesundheitsversorgung durch einen *puskesmas*-Arzt und auf eine fünftägige stationäre Behandlung in einem *puskesmas*. Leider sind Arme nicht in der Lage, diese Prämie zu zahlen, was zur Folge hat, dass nur wohlhabendere Gesellschaftsgruppen am JPKM-Programm teilnehmen können.

Ein Paradigmenwechsel zur Verstärkung der Bemühungen, die Gesundheit zu entwickeln (Förderansatz), anstatt Krankheiten zu heilen (kurativer Ansatz), muss erst noch entwickelt werden. Das ist die Absicht, damit gesunde Menschen aktiver zu den Gesundheitsverbesserungen beitragen können. Regionalregierungen sollten sich nicht auf die Finanzmittel, die sie von den Patienten erhalten verlassen, sondern auf die Steuerzahlungen der gesunden Bevölkerung. Die Formulierung von Strategien und das Management von Gesundheitsdiensten hängen stark von der Existenz, Kapazität sowie der Bereitschaft der relevanten Institutionen in den Regionen ab. Feldbeobachten zeigen, dass es eine Variation an Ressourcen, Bereitschaft und Bereitwilligkeit der Regionen gibt, Entwicklungsstrategien und Management im Gesundheitssektor zu entwickeln.

Puskesmas spielen als die Speerspitzen der Gesundheitsdienste in den Regionen und *kabupaten/kota* eine bedeutende Rolle bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in den Gemeinden. Im Zeitalter der Dezentralisierung ist die Unabhängigkeit der *puskesmas* durch eine Ausweitung ihrer Befugnisse bei der Bereitstellung von Infrastruktur einschließlich medizinischer und nichtmedizinischer Ausstattung weiter gestiegen. Diese Erhöhung der Befugnisse hat es den *puskesmas* ermöglicht, die Potentiale der Gemeinde anzuheben und auch mehr Finanzmittel zur Deckung ihrer Bedürfnisse zu sammeln. Die Zentralregierung hat durch das Gesundheitsministerium lediglich die Rolle als Förderer der nationalen Gesundheitsentwicklung. Die *kabupaten/kota*-Regierungen haben indes über ihre lokalen Gesundheitsbüros eine Rolle als Organisatoren von Gesundheitsentwicklungen, die die Entwicklung von Partnerschaften mit den Interessen-

vertretern und die Ermächtigung der Gemeinden in den Regionen einschließen.

Was ist aus den *puskesmas* geworden?¹¹⁴

Das Vorhandensein von Gesundheitsdiensten ist ein Faktor, der den Gesundheitsgrad in einer Gemeinde bestimmt. Eine derartige Einrichtung ist das Gemeindegesundheitszentrum, besser bekannt als *puskesmas*. Die Vision des *puskesmas* ist es, einen gesunden *kecamatan* zu erreichen, und zwar durch die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in Übereinstimmung mit den existierenden lokalen Gesundheitsfragen und den aktuellen nationalen Gesundheitsproblemen (Directorate General for Community Health, 2000). Darum wird gehofft, dass die *puskesmas* als Gesundheitszentren dienen, die für die Gemeinden leicht zugänglich und zur Bereitstellung von pro-aktiven und bedarfsgerechten Dienstleistungen in der Lage sind.

Puskesmas sind die Werkzeuge der Gemeindeverwaltungen auf *kabupaten/kota*-Ebene und sind direkt dem Leiter eines *kabupaten/kota*-Gesundheitsbüros verantwortlich. Darüber hinaus müssen *puskesmas* kooperative und koordinierte Arbeitsbeziehungen mit den *kecamatan*-Büros, Krankenhäusern und Gemeinden gewährleisten. Diese Zusammenarbeit offenbart sich in den Bemühungen, die Gemeinden (mit *kecamatan*-Beamten) bei der Anwendung des Überweisungssystems (mit Krankenhäusern) zu unterstützen und Partnerschaften (mit Gemeinden) zu etablieren. Die Kooperation zielt auch drauf ab, die *puskesmas* innerhalb des nationalen Gesundheitssystems als die Speerspitzen der Regierung zur Verbesserung des Gesundheitswesens zu positionieren.

Seit das Konzept *puskesmas* 1968 eingeführt wurde, ist deren Anzahl stetig gestiegen, in der Zeit von 1987 bis 2002 von 5.524 auf 7.243. Dieser Anstieg schließt nicht die Anzahl anderer Basisgesundheitsseinrichtungen wie *pustu* (untergeordnete Gesund-

heitsfürsorgezentren) mit 21.256 im Jahr 2002, *pusling* (mobile Gesundheitskliniken), *bides* (Hebammen) in Dörfern und *posyandu* (integrierte Gesundheitskliniken) mit ein. All diese Gesundheitseinrichtungen unterstützen *puskesmas* und werden von der Regierung auf umfassende, hierarchische und integrierte Weise innerhalb des *puskesmas*-Systems verwaltet. Das ist möglich, da *puskesmas* in fast allen *kecamatan* in Indonesien verbreitet sind, bis hin in eine Anzahl dicht besiedelter *kelurahan* wie in Jakarta.

Es gab Bemühungen, geringe Zahlungen für Gesundheitsdienste im *puskesmas* sicher zu stellen, damit sie für die Armen bezahlbar sind. Die Erfolge für das Familienplanungsprogramm, vollständige Impfungen für Kinder unter fünf Jahren und die Erzielung besserer Ernährung besonders für Mütter und Neugeborene sind Teil der mühevollen Arbeit von Gesundheitsbeamten auf *puskesmas*-Ebene sowie der Dorfhebammen und *posyandu*-Aktivitäten. Während der Wirtschaftskrise (1997/98) war es den Armen möglich, über die Gesundheitskomponente des Sozialen Sicherheitsnetzes (SSN: Social Safety Net) kostenlose Behandlung im *puskesmas* zu erhalten. Zu dieser Zeit war das *puskesmas* die Gesundheitsfürsorgeinstitution, auf die die Regierung zur Einführung des SSN-Programms angewiesen war. Einerseits war das *puskesmas* mit Problemen konfrontiert (begrenzte Personal, Infrastruktur und Einrichtungen), auf der anderen Seite wurde von dem Gesundheitszentrum verlangt, alle oben genannten Herausforderungen zu lösen.

Betrachtet man die Regulierungen bezüglich ihrer Befugnisse, ist den *puskesmas* eine große Chance zu mehr Entscheidungsgewalt gegeben worden. 1987 wurde auf der Grundlage der Präsidentenverordnung 7/1987 eine Reihe von Gesundheitsangelegenheiten an den *kabupaten* übergeben. Laut dieser Anordnung wurde den *puskesmas* die Befugnis erteilt, ihre eigenen Programme zu planen, auszuführen und zu bewerten sowie ihre eigenen Finanzmittel zu einzuwerben und zu verwalten. Ihre Befugnisse stiegen weiter infolge der Ein-

¹¹⁴ Die folgenden Passagen stammen von Sri Budiayati.

führung der Regionalautonomie im Jahr 2000. Dieses zusätzlichen Befugnisse bestanden darin, Finanzquellen zu suchen und Gesundheitsprogramme zu entwickeln sowie Gesundheitspersonal einzustellen und die nötige medizinische und nichtmedizinische Ausstattung zu beschaffen. Dieser Anstieg an Entscheidungsgewalt muss dennoch durch Zuschüsse von den Regionalregierungen unterstützt werden.

Kurz nach der Einführung der Politik der Regionalautonomie wurde die Budgetvergabe an die *puskesmas*, die zuvor direkt von der Zentralregierung geregelt wurde, von der Gemeindeverwaltung über das Gesundheitsbüro auf *kecamatan*-Ebene verteilt. Der Wandel in den Vergaberegungen hatte Einfluss auf die *puskesmas*, weil sie nun ihre Finanzen nicht mehr nach eigenem Ermessen verwalten können, insbesondere da der erhaltene Betrag nun geringer ist. Ein solcher Fall wurde im Kabupaten Lombok Barat (SMERU 2002) beobachtet. 1999 erhielt jedes *puskesmas* in diesem *kabupaten* Rp 50 Millionen pro Monat, doch 2001 erhielten sie lediglich Rp 15 Millionen pro Monat. Seit der Dezentralisierung haben die *puskesmas* nicht länger die volle Befugnis, ihr eigenes Budget zu verwalten, wie sie es gewohnt waren, weil Teile des vom Gesundheitsbüro bereitgestellten Etats nun die Form medizinischer Versorgung und Ausstattung sowie Büromaterials angenommen hat.

Diese Regelung wirft Schwierigkeiten für die *puskesmas* im Falle von Notfällen auf, wie beispielsweise der Ausbruch einer Krankheit in ihrem Arbeitsgebiet, die sofortige Entscheidungen und Handlungen erfordert. Überdies sind die *puskesmas* nun nicht mehr in der Lage zu Anpassung oder Änderungen ihrer Budgetausgaben, um die eigenen lokalspezifischen Bedürfnisse zu erfüllen.

In den letzten paar Jahren gab es eine Tendenz zur Verringerung der Budgetvergabe für Gesundheitsdienste auf *kabupaten*-Ebene. Sicherlich wird das auch Einfluss auf die Leistung der *puskesmas* bei der Verbesserung ihrer Dienste, ihres Personals sowie der vorhandenen Ausstattung

haben. Obwohl die *puskesmas* die Befugnis haben, ihre eigenen Finanzmittel durch Sprechstundengebühren der Patienten zu erheben, müssen die sozioökonomischen Bedingungen der Gemeinde und die Vision und Aufgabenstellung der *puskesmas* als Anbieter von Gesundheitsfürsorge bei der Festlegung von Gebühren in Betracht bezogen werden.

Die oben genannten Fakten zeigen, dass *puskesmas* insbesondere seit Einführung der Politik der Regionalautonomie vielen Hindernissen ausgesetzt sind. Budgetvergaben beeinflussen sehr stark die Leistung der *puskesmas*, sowohl in personeller Hinsicht als auch in Bezug auf die Qualität der Dienste aufgrund begrenzter Unterstützungsmöglichkeiten. Auf der Grundlage verschiedener Beobachtungsergebnisse des SMERU-Teams 1999 wird die Rolle der Ärzte im Angebot an medizinischen Dienstleistungen in allen Gebieten immer noch als unzureichend angesehen und Patienten werden noch immer häufiger von Krankenschwestern oder Hebammen behandelt. Beschwerden beziehen sich auch auf die Art der vom *puskesmas* erhaltenen Medikamente, nämlich Generika, die als weniger effektiv angesehen werden. Die Arbeitsstunden der *puskesmas* stehen häufig nicht im Einklang mit dem Tagesablauf der Armen. Da die Menschen häufig morgens arbeiten, scheuen sich viele Menschen davor, anzustehen und eine längere Zeit im *puskesmas* zu warten. Dies beeinflusst sie darin, lieber die Behandlung in einer privaten Praxis zu suchen, selbst wenn die Gebühren dort höher sind (SMERU, 1999).

Um das Problem des zunehmend kleineren Budgets für *puskesmas* im Zeitalter der Dezentralisierung zu überwinden, könnten die *kabupaten/ kota*-Regierungen ihre Einnahmen für die Gemeindeverwaltung durch Krankenhaus- und *puskesmas*-Gebühren erhöhen. Dennoch gibt es Bedenken, dass der Anstieg der Gebühren für Gesundheitsdienste nicht mit einem Qualitätsanstieg verbunden ist. Vielmehr würde dies dem Ziel der *puskesmas* als die am nächsten liegenden und bezahlbarsten Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen für Gemeinden entgegenstehen. In der Tat ist das weder

ein einfaches Unterfangen noch eine leichte Wahl!

Literaturnachweis

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003). Rencana Strategis Pengembangan Kesehatan 2001-2004 [Strategic Plan for Health Development 2001-2004]. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003) Sistem Kesehatan Nasional [National Health System]. Draft. Jakarta.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001) Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi [Puskesmas Management in the Era of Decentralization]. Jakarta.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indo-

nesia. (2001) Profil Kesehatan Masyarakat [Community Health Profile]. Jakarta.

Direktur Kesehatan Komunitas, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002) Data Dasar Puskesmas Tahun 2002 [Basic Data on Puskesmas, 2002]. Draft. Jakarta.

Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002) Rekapitulasi Jabatan Fungsional Unit Pusat dan Daerah di Lingkungan Departemen Kesehatan RI [Recapitulating the Functional Positions of the Central and Regional Units in the Indonesian Department of Health]. Jakarta.

Übersetzung: Ulrike Bey

Die Autoren und Herausgeber

Susanne Dörflinger ist Geographin, M.A. aus Düsseldorf, Regionalschwerpunkt Südostasien. Ehemalige Praktikantin im Asienhaus, seit November 2004 Projektassistentin im Gesundheitsprojekt in Nord-Kambodscha für den Malteser Hilfsdienst e.V., Abteilung Auslandsdienst

Rolf Jordan ist Politikwissenschaftler (Dr. rer. pol.) und Leiter des Projekts ‚Armut, soziale Ungleichheit und Globalisierung‘ des Asienhauses.

Chee Heng Leng (Ph.D.) ist ‚Visiting Research Fellow‘ am ‚Asia Research Institute (ARI)‘ der National University of Singapore. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen ‚Community Health, Women’s Health and Health Care Policy‘. 2002 hat sie an dem WHO-Report zu ‚Genomics and World Health‘ mitgearbeitet.

Adrian Towse, Anne Mills, Viroj Tangcharoensathien

Adrian Towse ist Direktor des ‚Office of Health Economics‘ in London; Anne Mills ist Professorin an der ‚London School of Hygiene and Tropical Medicine‘, und Viroj Tangcharoensathien ist Wissenschaftler am ‚International Health Policy Programme‘ in Thailand, Bangkok.

Wei Zhang ist Dipl.-Soz.Päd. an der Technischen Universität Chemnitz.

Wim Hardeman, Wim Van Damme, Maurits Van Pelt, IR POR, Heng Kim Van und Bruno Meessen

Wim Hardeman arbeitet für ‚Médecins sans Frontières‘ in Phnom Penh, Kambodscha; Wim Van Damme arbeitet für ‚Médecins

‚sans Frontières‘ in Phnom Penh, Kambodscha und für das ‚Department of Public Health‘ am ‚Institute of Tropical Medicine‘ in Antwerpen, Belgien; Maurits Van Pelt arbeitet für ‚Médecins sans Frontières‘ in Phnom Penh, Kambodscha und für das ‚Department for International Development (UK) in Beijing, China; IR POR arbeitet für ‚Médecins sans Frontières‘ in Phnom Penh, Kambodscha; Heng Kim Van arbeitet für das ‚Centre for Advanced Studies‘ in Phnom Penh, Kambodscha; Bruno Meessen arbeitet für das ‚Department of Public Health‘ am ‚Institute of Tropical Medicine‘ in Antwerpen, Belgien.

Suwit Wibulpolprasert und Paichit Pengpaibon

Suwit Wibulpolprasert ist Deputy Permanent Secretary des ‚Ministry of Public Health, Thailand‘; Paichit Pengpaibon arbeitet im ‚Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand‘.

Rama Lakshminarayanan ist Visiting Senior Fellow der ‚International Women’s Health Coalition‘, New York (NY) und Senior Health Specialist der Weltbank in Washington (DC).

SMERU ist eine Unabhängige Institution, die durch die eigene Forschungsarbeit und die Erstellung von Policy Analysen Informationen zu Fragen der sozioökonomischen Entwicklung und zu Armutssituation in Indonesien bereitstellt. Die Reduktion von Armut, die Verbesserung der sozialen Sicherheit und der Ausbau der sozialen Sicherungssysteme werden von SMERU als zentrale Aufgabenfelder gesehen bei der Stärkung des Demokratisierungsprozesses und der Einführung dezentraler Verwaltungsstrukturen in Indonesien gesehen.

Drucknachweise

Die Mehrzahl der in dieser Broschüre zusammen gestellten Beiträge zu unterschiedlichen Aspekten des Gesundheitssystems in Asien wurde folgenden Fachzeitschriften und Publikationen entnommen. Wir danken den Autoren und Verlagen für die Abdruckrechte.

Chee Heng Leng: Current Health Care Financing Issues in Malaysia (<http://www.ari.nus.edu.sg/pub/wps2004/abs002.htm>). Working Paper Series No. 18, Asia Research Institute (ARI), National University of Singapore (NUS) (www.ari.nus.edu.sg), 2004

Wim Hardeman, Wim Van Damme, Maurits Van Pelt, IR POR, Heng Kim Van and Bruno Meessen: Access to Health Care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/content/abstract/19/1/22>), in: Health Policy and Planning (heapol.oupjournals.org/), 19 (19) 2004

Rama Lakshminarayanan: Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: The Philippine Experience (<http://www.iwhc.org/resources/rhm-philippineshr.cfm>), in: Reproductive Health Matters (www.rhmjournal.org.uk), 11 (21) 2003

The SMERU Research Institute (www.smeru.or.id): Basic Health Services

in the Era of Regional Autonomy (<http://www.smeru.or.id/newslet/2004/ed09/newslet200409.pdf>), verschiedene Artikel in: SMERU No. 9, Jan-Mar 2004

Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon: Integrated Strategies to Tackle the Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experience (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/12>), in: Human Resources for Health (www.human-resources-health.com/), 1 (12) 2003

Adrian Towse, Anne Mills and Viroj Tangcharoensathien: Learning from Thailand's Health Reforms (<http://www.eldis.org/static/DOC14846.htm>), in: BMJ (www.bmj.com), Vol. 328, 2004

Der Beitrag von Wei Zhang: *Medizinische Versorgung im ländlichen China* wurde speziell für diese Veröffentlichung angefertigt.

Wir bedanken uns bei den Autoren und Verlagen für die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung der Aufsätze in der Broschüre 'Gesundheit für alle? Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck', Focus Asien 18.