

Gesundheit für alle? Gesundheitsversorgung in Lateinamerika

Wolfgang Hein

Im Januar 2013 veröffentlichte die Weltbank Fallstudien zu den Fortschritten in der allgemeinen Gesundheitsversorgung (Universal Health Care) in 22 Ländern, davon acht in Lateinamerika, und eine zusammenfassende Evaluierung (Universal Coverage Challenge Program). Welche Fortschritte sind auf dem Weg zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in Lateinamerika zu verzeichnen?

Analyse

Nachdem der Strukturanpassungsprozess in Lateinamerika zwischen 1980 und 2000 in vielen Gesundheitssystemen die Rolle privatwirtschaftlicher Elemente gestärkt und den Zugang der Armen zu Gesundheitsdienstleistungen kaum verbessert hatte, ist seit der Millenniumswende ein markanter Wandel zu beobachten. Dieser steht im Zusammenhang mit einer verstärkten Hinwendung der Weltbank zur Armutsbekämpfung und damit auch zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung.

- Verschuldungskrise und neoliberale Strukturanpassungsprogramme in Lateinamerika verhinderten die Ausweitung der Gesundheitsversorgung über die bereits zuvor erreichten privilegierten Kreise der Bevölkerung – Privatzahler und Beschäftigte in formalen Arbeitsverhältnissen – hinaus.
- Seit Ende der 1990er Jahre wurden in vielen Ländern Lateinamerikas linke Parteien in die Regierung gewählt. Gleichzeitig zielte auch die Politik der internationalen Entwicklungsorganisationen stärker auf Inklusion armer Bevölkerungsgruppen.
- Mit den Millenniums-Entwicklungszielen gewann Gesundheitspolitik international erheblich an Bedeutung. Seit 2005 verschiebt sich der Schwerpunkt von der Bekämpfung gefährlicher Krankheiten (wie HIV/AIDS) auf die Förderung universeller Gesundheitsversorgung.
- Im internationalen Vergleich der Weltbank-Studien schneiden die Staaten Lateinamerikas positiv ab. Gelobt wird vor allem die Entwicklung der medizinischen Grundversorgung in Costa Rica und Brasilien.

Schlagwörter: Lateinamerika, medizinische Versorgung, Gesundheitssystem, Weltbank

Lateinamerikas Gesundheitssysteme – Versorgung für alle?

Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts brachte einigen Ländern Lateinamerikas zwar relativ hohe gesamtgesellschaftliche und industrielle Wachstumsraten, gleichzeitig wuchs jedoch die soziale Ungleichheit (Bursztyn et al. 2010). Die nur in Teilen durchgeführte Modernisierung der Gesundheitssysteme spiegelte die strukturelle Heterogenität der lateinamerikanischen Gesellschaften wider. Der Zugang zu den sozialen Sicherungssystemen war – neben wenigen privat Versicherten – auf Lohnarbeiter begrenzt und wurde durch Lohnabzug finanziert. Die zunehmende Marginalisierung großer Teile der Bevölkerung war eine zentrale Ursache für die Zunahme sozialer und politischer Proteste, die überwiegend durch Militärputsche – mit oder ohne ausländische Intervention – gewaltsam beendet wurden.

In der internationalen Arena führten die damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Probleme der Entwicklungsländer zu einem Bündnis verschiedener reformorientierter Akteure. Eine zentrale Rolle nahmen hier diejenigen Organisationen der Vereinten Nationen (VN) ein, auf deren Agenda eine Veränderung der Weltwirtschaftsordnung und effektive Maßnahmen zur Sicherung der Grundbedürfnisse standen. Im Jahr 1978 forderte die Konferenz von Alma Ata, organisiert von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) und dem VN-Kinderhilfswerk (United Nations Children's Fund, UNICEF), „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000. Die Grundlage hierfür sollte eine effektive Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) bilden. Allerdings galt bereits Anfang der 1980er Jahre ein umfangreicher Ausbau von PHC als nicht finanzierbar, sodass sich der Fokus auf die Bekämpfung der wichtigsten Krankheiten in armen Ländern, vor allem Infektionskrankheiten wie Malaria und Tuberkulose, verschob. Im Jahr 2000 war man vom angestrebten Ziel noch weit entfernt.

Strukturanpassung und neoliberale Reformen

Die Strukturanpassungspolitik der 1970er und 1980er Jahre im Rahmen des sogenannten *Washington Consensus* sollte die Voraussetzungen für den Schuldenabbau und eine Stabilisierung der nationalen Ökonomien schaffen. Die wichtigsten Forderungen an die betroffenen Staaten waren Abbau

des Staatsdefizits, Ausgleich der Zahlungsbilanz, Abwertung der nationalen Währung und strikte Geldpolitik, um die Inflation zu bekämpfen. In der Folge wurde auch die staatliche Finanzierung in den Gesundheitssystemen begrenzt und das öffentliche Gesundheitswesen mehr und mehr durch die Einführung privatwirtschaftlicher Elemente ergänzt. Ein Beispiel für den Privatisierungsprozess ist das Konzept des *Managed Care* in Chile, mit dem die freie Arztwahl eingeschränkt und durch geplante, vertraglich geregelte Abläufe mit festen Kostensätzen bei der Behandlung spezifischer Krankheitsbilder ersetzt wurde. In Kolumbien wurde demgegenüber ein zweigleisiges System eingeführt, das private Versicherungen mit staatlichen Subventionen für die ärmere Bevölkerung kombinierte; allerdings waren noch im Jahr 1997 46 Prozent der Bevölkerung in keinem der beiden Bereiche registriert (Bardroff 2003: 133-136).

Die Stärkung der privatwirtschaftlichen Komponenten entlastete zunächst die öffentlichen Kassen und führte möglicherweise zur Effizienzsteigerung gewisser Bereiche der Gesundheitsversorgung. Allerdings förderte sie auch die Fragmentierung der Gesundheitssysteme zwischen öffentlichen und privaten Sektoren und untergrub die Kohärenz in den Gesamtsystemen (Bossert et al. 2014). Auch wenn sich die Ergebnisse dieser Politik in den einzelnen Ländern stark unterscheiden, kann von einer Stagnation der Sozial- und Gesundheitspolitik und vor allem von einer Zunahme sozialer Ungleichheit durch die Verstärkung liberaler Elemente im Gesundheitswesen gesprochen werden.

Inklusive Weltgesundheitspolitik

Die zunehmende Kritik an der Politik im Gesundheitswesen vor allem durch neue soziale Bewegungen und die wachsende Bedeutung internationaler zivilgesellschaftlicher Organisationen trug maßgeblich zur Veränderung in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre bei. Die Internationalen Finanzorganisationen, vor allem die Weltbank, räumten das weitgehende Scheitern der Strukturanpassungspolitik, vor allem im sozialpolitischen Bereich, ein. Angesichts der Gefährdung der internationalen Stabilität durch politische Auseinandersetzungen in armen Ländern vor allem Afrikas und Asiens wurde Armutsbekämpfung und in diesem Zusammenhang auch die internationale Gesundheitspolitik (*Global Health*) wieder verstärkt als zentrale Aufgabe der internationalen Entwicklungszusammen-

menarbeit betrachtet. Die Formulierung der sogenannten *Millennium Development Goals* (MDGs) war ein Ausdruck dieses Wandels. Drei von acht MDGs sind gesundheitsbezogen: die Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten. Gesundheit wurde zunehmend als eine Voraussetzung für und nicht erst als Folge von Wohlstand angesehen (Savedoff und Schultz 2000).

In diesem Kontext löste eine ganzheitliche Orientierung an der Förderung von Gesundheitssystemen die dominierende vertikale Strategie der Bekämpfung spezifischer Krankheiten (*Selective Primary Health Care*) ab. Angestrebt wurde zudem, die vielfältigen Organisationen des globalen Gesundheitssystems besser zu koordinieren, wie es die Paris-Deklaration über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit (Paris Declaration on Aid Effectiveness) von 2005 vorsieht.

So wurden verschiedene *Global Health Partnerships* zur Verbesserung der Gesundheitssysteme gegründet (Hein und Kickbusch 2010). Die WHO widmete ihre Weltgesundheitsberichte (World Health Reports, WHR) 2008 und 2010 den Themen *Primary Health Care* und *Health Systems Financing*, während die Weltbank eine Reihe von Arbeiten zu *Universal Health Care* (UHC) veröffentlichte.

Linksruck in Lateinamerika

Mit der demokratischen Konsolidierung lateinamerikanischer Staaten rückten Reformen der Sozial- und Gesundheitspolitik wieder in den Mittelpunkt der politischen Debatte. Gefordert wurde, die soziale Exklusion breiter Teile der Bevölkerung zu überwinden. Die Liste der Reformen ist eindrucksvoll (Maceira 2007). *Universal Health Care* wurde zunehmend zum zentralen politischen Ziel – und stieß angesichts des skizzierten Wandels bei den einschlägigen internationalen Entwicklungsinstitutionen auf eine grundsätzlich positive Resonanz. Inzwischen werden auch die Erfolge der wenigen Länder wieder gewürdigt, die früh eine konsequente Strategie der PHC verfolgt haben: Costa Rica und Kuba. Allerdings wird unter Bezug auf UHC betont, dass es nicht nur um die Basisversorgung gehe, sondern um den universellen Zugang zu einem qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem.

Beginnend mit der Wahl von Hugo Chávez zum Präsidenten von Venezuela 1998 kamen mit den Regierungen von Luiz Inácio Lula da Silva (Bra-

silien), Michelle Bachelet (Chile), Néstor Kirchner (Argentinien), Evo Morales (Bolivien), Tabaré Vázquez (Uruguay) und Rafael Correa (Ecuador) zunehmend linksgerichtete Regime in Lateinamerika an die Macht. Obwohl sich ihre konkrete ideologische Ausrichtung durchaus unterschied, war allen gemeinsam, dass sie die Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik wieder stärken wollten. Bereits begonnene Gesundheitsreformen wurden vertieft. Durch ein verstärktes staatliches Engagement wurde versucht, die Fragmentierung der jeweiligen Gesundheitssysteme zu überwinden. Der Anteil der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen Lateinamerikas stieg von durchschnittlich 48,7 Prozent im Jahr 2000 auf 56,7 Prozent im Jahr 2009 (Maceira 2011). Die insgesamt positive Bewertung der jüngeren Entwicklung der lateinamerikanischen Gesundheitssysteme in den UNICO-Studien (The World Bank 2013, 2013a) kann als Ergebnis dieser Reformen angesehen werden.

Bei den regionalen Durchschnittswerten der Gesundheitsindikatoren liegt Lateinamerika im weltweiten Vergleich auf mittlerem Niveau:

- Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt betrug im Jahr 2011 für Lateinamerika und die Karibik 74 Jahre, was dem weltweiten Niveau in der Kategorie der *Upper Middle Income Countries* entspricht.
- Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren lag bei 19 (je 1.000 Lebendgeborenen) gegenüber 20 im weltweiten Durchschnitt (The World Bank 2013b).
- Nach Savedoff (2009: 12-13, auf Grundlage des Weltgesundheitsberichts 2006) gab es im Gesundheitssektor Lateinamerikas 8,0 Beschäftigte pro 1.000 Einwohner. Zum Vergleich: In Afrika südlich der Sahara waren es 1,9 Beschäftigte, in Süd- und Südostasien 2,9 Beschäftigte je 1.000 Einwohner. Bei Ärzten zeigten sich allerdings die erheblichen Unterschiede innerhalb der Region: Während in Haiti nur 0,25 und in Nicaragua 0,37 Ärzte auf 1.000 Einwohner kamen, waren es in Brasilien 1,15 und in Argentinien 3,01. Zum Vergleich: In Kanada waren es 2,14 und in den USA 2,45 Ärzte je 1.000 Einwohner.

Die Vielfalt der Reformen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Ergebnisse der UNICO-Studien zu den Ländern Lateinamerikas (The World Bank 2013). Dabei geht es primär um die Effektivität der auf eine univer-

selle Gesundheitsversorgung zielenden Reformen seit 1990. Derartige Reformen gab es in allen in die Untersuchung einbezogenen Ländern.¹ Vor allem Brasilien und Costa Rica führten mit dem Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgung erfolgreiche Reformen durch. In anderen Ländern wurden die Gesundheitssysteme häufig nur ergänzt, was eine weitergehende Fragmentierung der bestehenden Systeme zur Folge hatte.

Brasilien

In Brasilien wurde das Gesundheitssystem im Jahr 1990 grundlegend erneuert und ein steuerfinanziertes Einheitliches Gesundheitssystem (Sistema Único de Saúde, SUS) eingeführt, zu dem alle Brasilianer Zugang haben. Die staatlichen Zuwendungen für die Basisgesundheitsdienste beinhalten ein spezielles Programm zur Unterstützung armer Familien, denen durch direkte Kontaktaufnahme von „Familiengesundheitsteams“ der Zugang zum Gesundheitssystem erheblich erleichtert wird.

Costa Rica

Costa Rica sicherte sich seinen Platz in der Spitzengruppe der lateinamerikanischen Gesundheitssysteme durch weitere Verbesserungen der Gesundheitsversorgung, wie die Übertragung des Basisgesundheitswesens und anderer Einrichtungen in ein einheitliches Sozialversicherungssystem. Die Daten zur Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit in Costa Rica entsprechen in etwa denen der europäischen OECD-Länder. Allerdings standen die Verantwortlichen in den letzten Jahren vor gewissen Herausforderungen, die Nachhaltigkeit der praktisch erreichten universellen Versorgung zu sichern. Problembereiche sind vor allem die Notwendigkeit, die medizinische Ausrüstung zu modernisieren, und die graduelle Veränderung der typischen Krankheitsbilder durch die Alterung der Bevölkerung (Anstieg der chronischen Erkrankungen).

Chile

In Chile hatte es bereits ein Krankenversicherungssystem gegeben, das verschiedene Anbieter privater Versicherungen mit einem nationalen Gesundheitsfonds zur Versorgung des ärmeren Teils der Bevölkerung kombinierte. In Qualität und Reichweite der Versorgung gab es jedoch erhebliche Unterschiede, was zu heftiger Kritik am System führte.

Seit 2005 haben alle Chilenen über den sogenannten Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) Zugang zu einem Basispaket, das die Behandlung von insgesamt etwa 80 Typen von Gesundheitsproblemen garantiert und für Wartezeiten ebenso wie für direkte Zuzahlungen der Patienten (*Out-of-Pocket Payments*) Obergrenzen vorsieht. Dadurch gibt es in Chile einen nahezu universalen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Die Zweiteilung des Systems blieb allerdings bestehen und führt weiterhin zu Spannungen.

Mexiko

Die mexikanische Volksversicherung (Seguro Popular), Bestandteil der im Jahr 2003 eingeführten Gesundheitsreform (Sistema de Protección Social en Salud), deckt die Versorgung von etwa 52 Millionen Menschen ab (Stand: Februar 2012), die keinen Zugang zum allgemeinen System der Sozialversicherung haben. Die Versorgung schließt über 200 Maßnahmen primärer und sekundärer Behandlung ein. Dennoch bleibt das System fragmentiert. Es existieren unterschiedliche Versicherungskonzepte und Leistungsangebote sowie erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten; der Anteil der *Out-of-Pocket*-Zahlungen ist weiterhin hoch (siehe Tabelle 1).

Kolumbien

In Kolumbien wurde bereits im Jahr 1991 ein allgemeines Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Verfassung verankert. Neben dem auf individuellen Beiträgen beruhenden Krankenversicherungssystem für Beschäftigte im formellen Sektor entstand ein subventioniertes System, das im Wesentlichen vom Staat getragen wurde. In beiden Systemen wird die Versorgung durch Gesundheitspläne geregelt, in deren Rahmen „Gesundheitsförderungsunternehmen“ die Versorgung durch unterschiedliche Vereinbarungen organisieren. Auch wenn seitdem ein erheblich verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung festzustellen ist – die Weltbank (2013) betont, das Gesundheitssystem sei zu einem „Pfeiler für Kolumbiens Anstrengungen bei der Durchsetzung des Rechts auf Gesundheitsversorgung“ geworden –, bleiben Bedarfsorientierung und ökonomische Nachhaltigkeit des staatlich subventionierten Systems umstritten. Der Zugang zu medizinischer Versorgung bleibt weiterhin mangelhaft.

¹ Argentinien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Guatemala, Kolumbien, Mexiko und Peru (The World Bank 2013).

Tabelle 1: Antworten auf die Frage „Wer würde die Kosten übernehmen, wenn Sie wegen eines Unfalls oder einer Erkrankung in ein Krankenhaus gehen müssten?“ (prozentualer Anteil der Befragten im jeweiligen Land)

Land	Eigenleistungen (<i>Out-of-Pocket Expenditures</i>)	Regierung und Sozialversicherungssystem	Private Versicherung	Insgesamt
Ecuador	80,8	14,8	4,5	100
Bolivien	80,7	13,3	6,0	100
Honduras	76,5	21,4	2,1	100
Peru	73,9	21,6	4,6	100
Paraguay	72,3	20,3	7,5	100
Guatemala	69,9	28,9	1,2	100
Nicaragua	66,0	32,0	2,0	100
El Salvador	65,9	32,8	1,3	100
Dominik. Republik	62,6	21,6	15,8	100
Mexiko	45,9	48,3	5,8	100
Panama	45,7	50,2	4,1	100
Belize	44,0	51,3	4,8	100
Guyana	38,7	51,6	9,8	100
Chile	26,6	63,6	9,7	100
Kolumbien	24,2	49,2	26,7	100
Argentinien	22,4	58,9	18,7	100
Costa Rica	18,8	77,3	3,9	100
Brasilien	17,2	64,3	18,5	100
Uruguay	8,8	53,7	37,5	100
Insgesamt	50,0	40,2	9,9	100

Quelle: Savedoff 2009: 15 (Berechnungen auf der Grundlage der Gallup World Poll 2007).

Guatemala

Auch in Guatemala ist der allgemeine Zugang zum Gesundheitssystem in der Verfassung verankert, aber weit davon entfernt, realisiert zu werden. Dennoch ermöglichen es seit 1997 bestehende Abkommen mit Nichtregierungsorganisationen, dass heute Basisgesundheitsleistungen und Nahrungsmittelhilfen für 4,3 Millionen Menschen zur Verfügung gestellt werden können. Damit werden immerhin 54 Prozent der ländlichen Bevölkerung erreicht, mit einem besonderen Fokus auf Frauen und Kindern. Das System ist allerdings chronisch unterfinanziert und leidet unter wechselnden politischen Präferenzen der Regierungen in Bezug auf das Outsourcing von Dienstleistungen.

Peru

In den vergangenen zwei Dekaden wurden auch in Peru erhebliche Anstrengungen unternommen, den Zugang zum Gesundheitssystem auszuweiten. Die Integrierte Gesundheitsversicherung (Seguro Integral de Salud, SIS) hat durch die Abschaffung von Gebühren für gewisse Basisgesundheitsleistungen dazu beigetragen, die Mütter- und Kindersterblichkeit im Land zu reduzieren. Allerdings gibt es in ländlichen Bereichen und unter der indigenen

Bevölkerung weiterhin erhebliche Zugangsprobleme. Auch bleibt das System fragmentiert; 40 Prozent der Gesundheitsausgaben werden über private Dienstleister abgewickelt.

Argentinien

Im Fall Argentiniens bezog sich die Untersuchung nur auf ein spezifisches Programm, nämlich das 2004 etablierte Mutter-und-Kind-Gesundheitsinvestitions-Programm (Plan Nacer). Es zielte vor allem darauf ab, die Gesundheitsversorgung der bisher nicht versicherten schwangeren Frauen und der unter sechs Jahre alten Kinder sicherzustellen und die Qualität der öffentlichen Versorgung zu verbessern. Seit Beginn hat dieses Programm die Versorgung von 4,5 Millionen Frauen und Kindern ermöglicht. Im April 2012 waren 1,84 Millionen Menschen in das System integriert, das waren 89,7 Prozent der teilnahmeberechtigten Bevölkerung.

Es gibt Fortschritte – doch Probleme bleiben

Obwohl sich einige Grunddaten der Gesundheitssituation in Lateinamerika im Durchschnitt der 1990er Jahre verbessert haben, wie die zur Lebens-

Tabelle 2: Geographische Verteilung der Ärzte in ausgewählten Ländern Lateinamerikas, 1960-2000

Ärzte pro Kopf der Bevölkerung nach Bundesstaat oder Provinz – Variationskoeffizient*						
	1960er Jahre	1970er Jahre	1980er Jahre	1990er Jahre	2000er Jahre	N**
Brasilien	0,81	1,08	0,67	0,64	0,54	29
Chile	0,83	0,86	0,69	0,49		26
Costa Rica		1,10	0,62			7
Ecuador	1,53	1,39		0,68	0,54	24
Mexiko		0,85	0,36	0,33	0,33	31

Quelle: Savedoff 2009: 11.

* Der Variationskoeffizient (*Coefficient of Variation*) ist ein Maß für die Unterschiedlichkeit der Werte einer Variablen (hier: Zahl der Ärzte je Provinz/Bundesstaat). Bei einer absoluten Gleichverteilung hat er den Wert „0“; nach oben hin ist der Wert nicht begrenzt.

** Anzahl der Bundesstaaten bzw. Provinzen.

erwartung und Kindersterblichkeit, spiegelte sich in vielen lateinamerikanischen Ländern die Tendenz zur Privatisierung des Gesundheitswesens im steigenden Anteil der Eigenleistungen (*Out-of-Pocket Payments*) wider. Dies wird heute als eines der größten Probleme der lateinamerikanischen Gesundheitssysteme gesehen, wobei allerdings erhebliche Differenzen zwischen den einzelnen Ländern bestehen, wie Tabelle 1 zeigt. Insgesamt lassen sich drei Ländergruppen herausarbeiten:

- In einer Reihe von Ländern tragen die Belastungen durch Eigenleistungen im Fall von medizinischer Behandlung weiterhin dazu bei, dass beträchtliche Teile der Bevölkerung weiterhin in Armut leben.
- In einer größeren Gruppe von Ländern erwarteten noch im Jahr 2007 60-81 Prozent der Befragten, dass sie im Fall eines Krankenhausaufenthalts die Kosten aus eigener Tasche bezahlen müssten.
- Bei vier weiteren Ländern – einschließlich Mexiko – nahmen zwischen 38,7 und 45,9 Prozent der Bevölkerung an, dass sie privat bezahlen müssten, während lediglich in den Ländern des Cono Sur, in Kolumbien und in Costa Rica (sowie in dem hier nicht aufgeführten Kuba) nur ein geringer Anteil der Bevölkerung für diesen Fall nicht abgesichert ist.

Ein leichter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger hoher finanzieller Eigenbeteiligung kann die wirtschaftlichen Risiken für die arme Bevölkerung erheblich erhöhen. Haushaltsausgaben zur Finanzierung von medizinischer Versorgung stellen für viele Familien ein Armutrisiko dar. Knaut et al. (2012) haben untersucht, inwieweit Reformen und Finanzierungsmechanismen zum Schutz vor Armut beitragen beziehungsweise ein Risiko darstellen, in Armut abzusinken.

Sie stellen fest, dass „katastrophale Gesundheitsausgaben“ in Ländern mit umfassender Sozialversicherung wie Costa Rica weniger als 1 Prozent der Haushalte betreffen, in Brasilien etwa 2 Prozent. Dagegen sind in Nicaragua, Guatemala, der Dominikanischen Republik, Argentinien und dem städtischen Chile zwischen 10 und 15 Prozent der Haushalte betroffen (Knaut et al. 2012: 75).

Die Ergebnisse zu Argentinien und urbanen Quartieren in Chile überraschen. Allerdings könnte sich hier die Berücksichtigung von Kindern und vor allem der schnell wachsenden Gruppe älterer Menschen in den jeweiligen Haushalten niederschlagen, die in höherem Maße auf solche Gesundheitsdienstleistungen angewiesen sind, die von den familienbezogenen Versicherungen nicht ausreichend abgedeckt werden.

Savedoff (2009: 11) zeigt aber auch, dass es trotz anhaltender Ungleichheit zu einer Reduzierung der Unterschiede zwischen verschiedenen Provinzen beziehungsweise Teilstaaten gekommen ist. Tabelle 2 zeigt die Veränderungen bei der Versorgung mit Ärzten. Tatsächlich stellt die Förderung der Dezentralisierung eines der wenigen Elemente der Strukturanpassungspolitik dar, das eine Reduktion sozialer Ungleichheiten gefördert hat, etwa im Zusammenhang mit der stärkeren räumlichen Integration entlegenerer Provinzen und deren urbaner Zentren.

Auf dem Weg zu universeller Gesundheitsversorgung?

Trotz aller Reformbemühungen ist das angestrebte Ziel eines universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung noch lange nicht überall in Lateinamerika erreicht. Hier spielt sicherlich, wenn auch nicht

ausschließlich, das unterschiedliche Entwicklungsniveau der einzelnen Länder eine wichtige Rolle. Zu den großen Problemen gehören die hohen Wartezeiten für Gesundheitsdienstleistungen, wie Untersuchungen und Operationen, sowie die hohen Preise für Medikamente. Die internationale Preisbildung und die Entwicklung der globalen Märkte von Pharmazeutika einschließlich Generika (McKinsey 2011) stellen eine übergreifende Problematik dar, die nicht auf nationaler Ebene gelöst werden kann.

Eines der Hauptprobleme auf nationaler Ebene bleibt die Fragmentierung der Gesundheitssysteme. Sie erschwert eine effektive Nutzung der vorhandenen Mittel, aber auch die Analyse, inwieweit die bestehenden Reformen für das Erreichen eines universellen, risikoarmen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen wirklich zielführend sind.

Die Kritik an den bisherigen Ergebnissen der Gesundheitsreformen der letzten zwei Jahrzehnte in Lateinamerika darf nicht den Blick auf die erzielten Erfolge verstellen. Diese zeigen sich in der Verbesserung der Werte von Gesundheitsindikatoren, aber auch in einer Reduktion der Armut. Zumindest mit Blick auf das Ziel der universellen Gesundheitsversorgung sollten alle beteiligten Akteure an einem Strang ziehen und günstige Bedingungen für weitere Forschungskooperation zu diesem Themenbereich schaffen. Knaul et al., die gemeinsam mit dem Harvard Global Equity Initiative Program und Partnern in Afrika und der Asien-Pazifik-Region an einem umfangreichen komparativen Forschungsprogramm zur Finanzierung von Gesundheit arbeiten, halten eine Standardisierung von Forschungsfragestellungen und Messkonzepten für eine zentrale Voraussetzung, um Gesundheitsreformen gezielt fördern zu können.

Literatur

- Bardroff, Martina (2003), Global Governance and Health Sector Reform in Latin America, in: Wolfgang Hein und Lars Kohlmorgen (Hrsg.), *Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries: An Exploration into the Dynamics of Interfaces*, Hamburg: Deutsches Übersee-Institut, 129-141.
- Bossert, Thomas, Nathan Blanchet, Suzanne Sheetz, Diana Pinto, Jonathan Cali und Ricardo Pérez Cuevas (2014), *Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America*, Washington D.C.: Inter-American Development Bank, Social Protection and Health Division.
- Bursztyn, Ivani, Rosana Kushnir, Ligia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, Maria I. Riveros und Ana Sollazzo (2010), Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados, in: *Revista de Salud Pública*, 12, 1, 77-88.
- Hein, Wolfgang, und Ilona Kickbusch (2010), *Global Health, Aid Effectiveness and the Changing Role of the WHO*, GIGA Focus International, English Edition, 3, online: <www.giga-hamburg.de/de/system/files/publications/gf_international_1003.pdf> (15. Januar 2014).
- Knaul, Felicia Marie, Rebeca Wong und Héctor Arreola-Ornelas (Hrsg.) (2012), *Household Spending and Impoverishment*, Financing Health in Latin America Series, 1, Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative in Zusammenarbeit mit Mexican Health Foundation und International Development Research Centre.
- Maceira, Daniel (2007), *Actores y reformas en salud en América Latina*, Nota Técnica de Saúde, 1, Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Maceira, Daniel (2011): *Comparative Health Systems in Latin America: Organization, Results and Equity*, ppt-Präsentation, Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- McKinsey & Company (2011): *Perspectives on Healthcare in Latin America*, Sao Paulo: McKinsey.
- Savedoff, William D. (2009), *A Moving Target: Universal Access to Healthcare Services in Latin America and the Caribbean*, Research Department Working Paper, 667, Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.
- Savedoff, William D., und T. Paul Schultz (Hrsg.) (2000), *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earning in Latin America*, Washington D.C.: Inter-American Development Bank.
- The World Bank (2013), *Mexico (1), Brazil (2), Peru (11), Argentina (12), Costa Rica (14), Columbia (15), Guatemala (19), Chile (21), Review of Existing Evidence (25)*, Universal Health Coverage Studies Series (UNICO), Januar, Washington D.C.: The World Bank.
- The World Bank (2013a), *News: Universal Healthcare on the Rise in Latin America*, 14. Februar, Washington D.C.: The World Bank.
- The World Bank (2013b), *World Development Indicators 2013*, online: <<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>> (14. Januar 2014).

■ Der Autor

Prof. Dr. Wolfgang Hein ist Senior Research Fellow am GIGA Institut für Lateinamerika-Studien. Bis 2013 war er Sprecher des Forschungsteams „Sektorale Global Governance und Normbildung“ im GIGA Forschungsschwerpunkt 4 „Macht, Normen und Governance in den internationalen Beziehungen“.

E-Mail: <wolfgang.hein@giga-hamburg.de>, Webseite: <www.giga-hamburg.de/team/hein>

■ GIGA Forschung zum Thema

Fragen der *Global Governance* stehen im Mittelpunkt der Arbeit des GIGA Forschungsschwerpunkts 4 „Macht, Normen und Governance in den internationalen Beziehungen“. In diesem Rahmen beschäftigt sich eine Forschungsgruppe auch mit der Transformation der internationalen Gesundheitspolitik und den Strukturen einer *Global Health Governance* (GHG).

■ GIGA Publikationen zum Thema

Buse, Kent, Wolfgang Hein und Nick Drager (Hrsg.) (2009), *Making Sense of Global Health Governance: A Policy Perspective*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Fraundorfer, Markus (im Erscheinen), *Global Power Shifts and Transnational Law: A Case Study of Brazil and the Human Right to Health*, in: Francis Snyder und Yi Lu (Hrsg.), *The EU, the USA, China and the BRICS*, Brüssel: Bruylant.

Hein, Wolfgang (2010), *Gesundheit, soziale Ungleichheit und Global Health Governance*, in: Franz Kolland et al. (Hrsg.), *Soziologie der globalen Gesellschaft. Eine Einführung*, Wien: Mandelbaum, 174-208.

Hein, Wolfgang (2013), *The New Dynamics of Global Health Governance (GHG)*, in: Ilona Kickbusch, Graham Lister, Michaela Told und Nick Drager (Hrsg.), *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, New York: Springer, 55-72.

Hein, Wolfgang, Sonja Bartsch und Lars Kohlmorgen (Hrsg.) (2007), *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

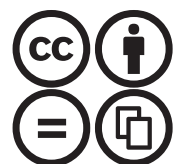
Hein, Wolfgang, und Ilona Kickbusch (2010), *Global Health, Aid Effectiveness and the Changing Role of the WHO*, GIGA Focus International, English Edition, 3, online: <www.giga-hamburg.de/giga-focus/international>.

Hein, Wolfgang, und Lars Kohlmorgen (2008), *Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights*, in: *Global Social Policy*, 1, 80-108.

Hein, Wolfgang, und Suerie Moon (2013), *Informal Norms in Global Governance: Human Rights, Intellectual Property Rules and Access to Medicines*, Farnham: Ashgate.



Der GIGA Focus ist eine Open-Access-Publikation. Sie kann kostenfrei im Netz gelesen und heruntergeladen werden unter <www.giga-hamburg.de/giga-focus> und darf gemäß den Bedingungen der *Creative-Commons-Lizenz Attribution-No Derivative Works 3.0* <<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/de/deed.en>> frei vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies umfasst insbesondere die korrekte Angabe der Erstveröffentlichung als GIGA Focus, keine Bearbeitung oder Kürzung.



Das GIGA German Institute of Global and Area Studies – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien in Hamburg gibt Focus-Reihen zu Afrika, Asien, Lateinamerika, Nahost und zu globalen Fragen heraus. Ausgewählte Texte werden in der GIGA Focus International Edition auf Englisch und Chinesisch veröffentlicht. Der GIGA Focus Lateinamerika wird vom GIGA Institut für Lateinamerika-Studien redaktionell gestaltet. Die vertretenen Auffassungen stellen die der Autoren und nicht unbedingt die des Instituts dar. Die Autoren sind für den Inhalt ihrer Beiträge verantwortlich. Irrtümer und Auslassungen bleiben vorbehalten. Das GIGA und die Autoren haften nicht für Richtigkeit und Vollständigkeit oder für Konsequenzen, die sich aus der Nutzung der bereitgestellten Informationen ergeben. Auf die Nennung der weiblichen Form von Personen und Funktionen wird ausschließlich aus Gründen der Lesefreundlichkeit verzichtet.

Redaktion: Sabine Kurtenbach; Gesamtverantwortliche der Reihe: Hanspeter Mattes und Stephan Rosiny; Lektorat: Ellen Baumann; Kontakt: <giga-focus@giga-hamburg.de>; GIGA, Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg

GIGA Focus
German Institute of Global and Area Studies
Institut für Lateinamerika-Studien

IMPRESSUM