

Einige Aspekte der europäischen und globalen Gesundheitspolitik

Werner Rätz, Bonn, Februar 2011

I Europa/EU

uneinheitliche Entwicklung; auch Strategie von Lissabon wurde nicht überall gleichermaßen umgesetzt, aber einige Linien sind sichtbar:

- * allgemeiner Trend: Ökonomisierung
 - dazu gehören überall die Einführung/Stärkung von Wettbewerbselementen, d.h.
 - die Schaffung interner Märkte
 - Outsourcing auch von medizinischen Angeboten
 - Rückgang der öffentlichen Finanzierung
- * häufig, aber nicht überall und allgemein:
 - Privatisierung von Leistungen
 - Krankenhausprivatisierung
 - private Zusatzversicherungen, weil Leistungseinschränkungen im öffentlichen System
- * zwei generelle Triebkräfte dieser Entwicklung neben nationalen Besonderheiten:
 - Kostendämpfungsmaßnahmen, zu denen Einnahmeverluste zwingen; die resultieren ihrerseits aus Steuersenkungen, Arbeitslosigkeit/Lohnrückgängen, Austeritätspolitik
 - Herausbildung von europäischen Gesundheitskonzernen auf der Suche nach Anlagemöglichkeiten

I.1. Niederlande

2006 Einführung einer Basisversicherung + privater Zusatzversicherungen, 92 €
Kopfpauschale monatlich + prozentualer Beitrag
gut die Hälfte der Bevölkerung kann das nicht zahlen und braucht Sozialausgleich

I.2. Deutschland

Seit Januar gilt Kartellrecht für die GKV, was nach europäischem Recht nicht erforderlich wäre; nur Pflichtverträge sollen ausgenommen werden.

I.3. Großbritannien

Radikalreform (am 19.1. im Unterhaus vorgestellt) soll 20 Mrd. Pfd. (von bisher 106 Mrd. Gesamtkosten) einsparen, nicht zuletzt durch Streichung von 24 000 Stellen (Pflegewerkschaft geht von 27 000 allein in ihrem Bereich aus)
generelle Linie: Schaffung von Märkten; offiziell keine Leistungseinschränkungen

II. China

- * Bis zum laufenden Jahr sollen 390 Mio. ChinesInnen krankenversichert sein; eine großangelegte Investitionsoffensive soll den Schutz bis 2015 auf die gesamte Bevölkerung ausdehnen.
- * Basisversorgung (in der Kulturrevolution als „Barfußärzte“ sehr erfolgreich, wenn auch nach westlichen Standards „unprofessionell“) wird wieder zentral; mir ist nicht bekannt, ob und wie weit das Einschränkung und Privatisierung von Leistungen umfasst. Bis 2020 soll es

dafür ein flächendeckendes Angebot auch auf dem Land geben.

- * Investitionsprogramm über 95 Milliarden € für die letzten drei Jahre sollte v. a. Ausbildung verbessern und Krankenhäuser modernisieren.
- * China kooperiert eng mit deutschen Partnern, u.a. mit IGES in Berlin (u. a. Rürup)
- * eigene Medikamentenversorgung wird forciert (Generika und Forschung); es gibt eine Art Positivliste von Basismedikamenten (wieder die Frage nach damit verbundenen Leistungseinschränkungen)
- * China betreibt einen umfassenden Aufbau eigener Lifescience in Forschung und Industrie; allein 80 000 im Westen ausgebildete Doktoranden und Doktoren gingen in den letzten Jahren zurück nach China; niedrige Schutz- und ethische Standards sind günstig dafür.

III. Lateinamerika

- * Kein genereller Trend, aber deutlich sichtbar ist in vielen Ländern eine Entwicklung hin zu höherem Anspruch an die öffentliche Gesundheitsversorgung und der Einbeziehung von mehr Menschen in dieselbe.

III.1. Argentinien

neoliberale Reformen der 90er haben öffentliches System ausgetrocknet, ohne die privaten Strukturen deutlich zu stärken: Nur 7% sind rein privat versichert (47% staatlich, 46 in einem Mischsystem); bei Krankenhäusern dominieren die privaten (ca. zwei Drittel). Notfallprogramm nach dem Staatsbankrott 2002 erhöhte die Beiträge und stockte den staatlich finanzierten Solidarfonds auf; seither dominiert eine Politik der Ausdehnung der Basisversorgung.

III.2. Bolivien

neue Verfassung von 2009 enthält Recht auf Gesundheit(sversorgung), seit 1.1.11 ist ein kostenloses öffentliches System gesetzlich verankert, aber noch nicht mit Angeboten überall vertreten.

III.3. Brasilien

Staatliches System (SUS) soll seit 1986 (Ende Militärdiktatur) öffentliche Versorgung sichern; es wird formal drittelparitätisch von Bund, Ländern und Kommunen getragen, tatsächlich dominieren Kommunen, die nur Basisversorgung anbieten. Seit den 90ern starkes Wachstum des privaten Sektors (da SUS dramatisch unterfinanziert), viele Reprivatisierungen und Schließungen von öffentlichen Krankenhäusern (oft gegen Streiks). Private Krankenversicherung ist steuerlich absetzbar, so dass alle, die's zahlen können, dahin gehen (40 Millionen von 190 Millionen Gesamtbevölkerung). Seit einigen Jahren politische Debatte um Ausbau des öffentlichen Systems.

III.4. Chile

1981 Zweiteilung in privates und öffentliches (Notfall)System; seit 2000 verstärkt öffentliche Elemente im Gesamtsystem (bedingter Kontrahierungszwang der KVen, allerdings bei ca. 3000 insgesamt angebotenen Tarifen!) 60% der Bevölkerung sind im öffentlichen System (FONASA), das als Sozialversicherung (7% des Bruttoeinkommens/Gewinns monatlich mit 1700 \$ Beitragsbemessungsgrenze, i.e. 120 \$ Höchstbeitrag) mit staatlichem Zuschuss konzipiert ist. Es gibt vier Gruppen, von

denen zwei kostenfreie Behandlung ermöglichen (Mittellose ohne Beitrag, Arme mit geringem), eine 10% und eine 20% Zuzahlung kostet; ab einer bestimmten Summe real erfolgter Zuzahlung wird man für das laufende Jahr eine Gruppe niedriger eingestuft. Private Zusatzversicherungen sind möglich, schützen aber nur bei astronomischen Zuzahlungen; im Grunde sind die Systeme je für sich geschlossen.

III.5. Ecuador

Wie in Bolivien enthält die neue Verfassung (2008) das Recht auf Gesundheit(sversorgung); bisher keine Implementation eines tatsächlichen flächendeckenden Versorgungssystems.

III.6. El Salvador

Regierung hat ein umfassendes System mit Gesundheitsteams (nicht nur medizinisches, sondern auch sozialarbeiterisches Personal) auf Gemeindebasis angekündigt; Umsetzung und Finanzierung sind völlig offen; die Ausgaben sollen bis 2014 auf 5% des BIP (von jetzt 1,5) gesteigert werden.

III.7. Kolumbien

2010 verabschiedete Reform schränkt Zugang zu OP und Medikamenten stark ein und verschlechtert die Finanzierung des öffentlichen Systems deutlich. Es gibt starke Proteste.

III. 8. Mexiko

Es existieren zahlreiche spezielle Systeme mit je eigenen Zielgruppen. Grundsätzlich sind ca. 51% krankenversichert; der Rest erhält Versorgung vom Staat in zwei Strängen: Das Gesundheitsministerium (für etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen zuständig) bietet kostenlose Leistungen, der Gesundheitsservice verlangt Bezahlung. Eine aktuell geplante und sehr schlecht finanzierte Reform soll alle für eine ambulante Basisversorgung versichern (mit 10% Zuzahlung).

III.9. Paraguay

Seit Ende 2009 existiert formal ein für alle kostenloses öffentliches System.

III.10. Uruguay

Seit 2010 Versicherungspflicht für alle, wahlweise privat oder öffentlich; öffentliches System bietet kostengünstige oder freie Mitversicherung für Familienangehörige; Finanzierung über zweckgebundene Abgaben in unterschiedlicher Höhe auf Löhne, Unternehmensgewinne, Renten, informelle Einkommen; auch staatliche nichtkommerzielle Betriebe müssen einzahlen.

III.11. Venezuela

60 % privatversichert, v.a. Krankenhäuser privat; seit 2004 bieten verschiedene „misiones“ Gesundheits(basis)leistungen (vom staatlichen Erdölkonzern bezahlt) kostenlos. Es gibt auch „misiones“ für Wohnungs-, Nahrungs-, Sportprogramme, die ausdrücklich als Teil der Gesundheitsversorgung gelten. Der allergrößte Teil des medizinischen Personals stammt aus Kuba und wird vom kubanischen Staat bezahlt, der dafür verbilligte Erdöllieferungen erhält.