

Gesundheitssysteme in Lateinamerika: Nachholende Sozialpolitik nach Jahren marktradikaler Reformen

Dr. med. Dr. PH Jens Holst
www.jens-holst.de

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

1

Historischer Überblick

- Kolonialismus 1500 - 1800
- 1800 - 1820: Unabhängigkeit von Kolonialmächten
- 1820 - 1900: Ausbildung und Konsolidierung der Nationalstaaten
- 1950-1980: Autoritarismus und Guerilla - Spielball der Weltmächte im Kalten Krieg
- 1980 - 1990: Demokratisierung, Konsolidierung parlamentarischer Systeme mit partizipativen Gesellschaftsmodellen
- 1990 - heute: Alternative Reformbewegungen, „bolivarianischer Sozialismus“

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

2

Historischer Überblick

- Wirtschaftskrisen mit hoher Inflation in den 1970er und 1980er Jahren
- Strukturanpassungsprogramme internationaler Finanzinstitutionen
- Pionierregion des „Neoliberalismus“ - Umsetzung der neoklassischen Wirtschaftstheorie:
 - Markt sei effizientester Mechanismus zur Regulierung und gesellschaftlichen Verteilung
 - Privatunternehmen seien per se effizienter als die öffentliche Hand
 - Der Staat solle sich weitest möglich aus wirtschaftlichen Aktivitäten heraushalten
 - Sozialpolitik ist Teil des wirtschaftlichen Handelns

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

3

Historischer Überblick

Sozialpolitik

- Ab Mitte der 1920er Jahre: Aufbau sozialer Sicherungssysteme: Abbild europäischer Formen der Absicherung gegen Alter und (arbeitsbedingte) Krankheit
- 1920-1960: Sukzessiver Ausbau der sozialen Sicherungssysteme für den formalen Sektor
- Ab den 1980er Jahren: Neoliberale Reformen der Gesundheitssysteme auf dem ganzen Subkontinent

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

4

Lateinamerika

Oder ...
Vielleicht doch nicht überall in Lateinamerika. Ein kleines Land im Osten des Kontinents ging seinen eigenen Weg.....



3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

5

Brasilien



Historische Entwicklung

- Seit den 1930er Jahren Entstehung eines stark zersplitterten Sozialversicherungssystems
- Anfangs Beschränkung auf Exportindustrie, Bahn- und Hafenarbeiter
- Im weiteren Verlauf Ausweitung auf städtischen formalen Sektor: 1950er Jahre ca. 30 % der Bevölkerung
- Pluralistische Struktur mit unterschiedlichen Beitragssätzen und Leistungspaketen

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

6

Brasilien

Historische Entwicklung

- Gesundheitsbewegung (Movimento sanitário) als einflussreicher Teil des Widerstands gegen die Militärdiktatur
- 1988: Neue Verfassung Gesundheit als soziales Menschenrecht als Verpflichtung des Staates
- 1990: Begründung des Sistema Único de Saúde (Einheitliches Gesundheitssystem - SUS)



3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

7

Brasilien



SUS

- Eckpunkte: Universalität, soziale Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Partizipation, integrale und integrierte Versorgung
- Ziel: Überwindung der bisherigen Ausgrenzung des informellen Sektors aus den sozialen Sicherungssystemen
- Problem: Startschwierigkeiten in Hochzeiten des der neoliberalen Ideologie, Ressourcenmangel, Kapazitätsengpässe

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

8

Brasilien



SUS

Grundprinzipien

- Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung
- Freier Zugang für die gesamte Wohnbevölkerung
- Dezentralisierung und Subsidiarität: Verantwortlichkeiten und Finanzierung auf Bundesregierung, Bundesstaaten und Kommunen aufgeteilt (Kopfpauschale)
- Soziale Partizipation (Gesundheitsräte)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

9

Brasilien



SUS

Herausforderungen

- **Regressives** Steuersystem
- Abhängigkeit von öffentlichen Haushalten
- Regional unzulängliches öffentliches Versorgungsangebot
- Dominanz privater Anbieter im gemischten System
- Bestehende private Zusatzabsicherung für Bessergestellte: 47 Mio BürgerInnen = 25 % der Bevölkerung (2/3 über Arbeitsplatz)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

10

Lateinamerika im Überblick



Während Brasilien seinen eigenen, neuen Weg ging, suchten die anderen Ländern des Subkontinents ihr Heil in neoliberalen Reformen

amerika

11

Lateinamerika im Überblick

Marktorientierte Reformen der Gesundheitssysteme:

- Trennung der Funktionen (purchaser-provider-split)
- Privatisierung sozialer Verantwortlichkeiten
- Mangelhafte Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarf der Menschen
- Vielfach im Dienste internationaler Organisationen und v.a. us-amerikanischer Unternehmen

Ergebnis: Erheblicher Korrekturbedarf zur Überwindung der Reformfolgen

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

12

Chile



Geschichte

- Erstes außereuropäisches Land mit umfassender medizinischer Versorgung und Sozialversicherungsgesetzgebung
- Bis 1981 nationaler Gesundheitsdienst (SNS)

Gesundheitsreform 1981

- Gründung von FONASA (Nationaler Gesundheitsfonds) als öffentliche Krankenversicherung
- Zulassung von Privatkassen als Organe der Krankenversicherungspflicht (ISAPREs – Gesundheitsvorsorge-Institute)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

13

Chile



Ziele der Reform von 1981:

- Effizienzgewinne durch Kassenwettbewerb
- Verbesserung der Versorgungsqualität (Einrichtungen, Wartezeiten) - für wen?
- Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit chilenischer Unternehmen
- Rückbau des Staates bei gleichzeitiger Stärkung des Marktes
- Letztlich: Privatisierung des gesamten Gesundheitswesens

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

14

Chile

Rahmenbedingungen neoliberaler Reformen in Chile:

- Militärdiktatur von Augusto Pinochet
- Allgemeine Rotstiftpolitik v.a. bei Sozialausgaben
- Kontinuierliche Kürzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben
- Weltweite Vorherrschaft wirtschaftsliberaler Konzepte (Milton Friedman)



3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

15

Chile

Reformschritte:

- Einführung des Kassenwettbewerbs
- Subventionierung der Privatversicherungen
- Völliger Wegfall des Arbeitgeberbeitrags

Aber:

- Beibehaltung allgemeiner Versicherungspflicht
- Einkommensbezogene Beitragsgestaltung (Mindestbeitrag 7 % des Einkommens)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

16

Chile

Ergebnisse der Reform von 1981:

- Risikoselektion und Rosinenpickerei der Privatversicherer
- Öffentliche Kasse soziales Auffangbecken
- Finanzielle Belastung der öffentlichen Kasse durch Selektionspolitik der ISAPRE (Ältere, chronisch Kranke)
- Qualitätsmängel im öffentlichen Gesundheitswesen, v.a. lange Wartezeiten
- Unvorhersehbare, teils sehr hohe und sozial ungerechte Zuzahlungen im Privatsektor
- Eingeschränkte Umverteilung nur über regressives Steuersystem

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

17

Chile

Re-Reform 2005: Rahmenbedingungen

- Stärkere Trennung der Funktionen im öffentlichen Gesundheitswesen
- Schaffung einer Aufsichtsbehörde für **alle** Krankenversicherungsinstitutionen
- Stärkung der Patienten- und Versichertenrechte
- Einrichtung zusätzlicher Beschwerdestellen

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

18

Chile

Re-Reform 2005: Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas):

Einführung verbrieftener Behandlungsgarantien für alle BürgerInnen im Hinblick auf ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung

Beginn mit Behandlungsgarantien für 4 Krankheiten, seit 2013 Ausweitung auf 80 Gesundheitsprobleme
Der Staat verpflichtet alle Krankenversicherungen und alle Gesundheitseinrichtungen zur Einhaltung Teilsystemübergreifender, aber **vertikaler** Ansatz

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

19

Chile

Re-Reform 2005: Plan AUGE

Regulierung der Wartezeiten ⚠	Herausforderung für die öffentliche Hand
Begrenzung der Zuzahlungen auf maximal zwei Monatseinkommen pro Kalenderjahr ⚠	Betrifft in erster Linie den Privatsektor

Kernproblem: Vertikaler, kein integraler Ansatz:
Schlechterstellung der Patienten mit der „falschen“ Krankheit
Entstehung selektiver Parallelmärkte

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

20

Mexiko

Entwicklung des Gesundheitswesens:

- Aufbau einer sozialen Krankenversicherung für formal Beschäftigte ab 1943
- Parallel Auf- und Ausbau eines staatlichen Versorgungssystems unter Führung des Gesundheitsministeriums
- Wachsender Markt für Privatanbieter und -versicherungen (v.a. in Städten)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

21

Mexiko

Situation zum Ende des 20. Jahrhunderts:

- Zersplittertes Krankenversicherungssystem:
 - Nebeneinander von Sozialversicherungssystem (Bismarck) (> 50 %), staatlichem Gesundheitswesen (Beveridge) (ca. 35 %) und Privatversicherungen (2-3 %)
 - Eigene Sozialversicherungssysteme für Beschäftigte der Privatwirtschaft (IMSS), im öffentlichen Dienst (ISSSTE), Erdölarbeiter (PEMEX), u.a.
- Problem: Ressourcenvergeudende Doppel- und Mehrfachstrukturen

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

22

Mexiko

SKV-Subsystem:	74 Millionen
IMSS	52 Millionen
ISSSTE	12 Millionen
PEMEX	10 Millionen
Gesamtbevölkerung	112 Millionen*

* Angaben für 2010

Große Teile der Bevölkerung nicht abgesichert:

Zu Beginn der Reform Anfang 2004 hatten **11 Millionen** mexikanische **Familien** keine Krankenversicherung

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

23

Mexiko



Reformansatz ab 2004:

- Einführung des Seguro Popular zur Absicherung der unversicherten MexikanerInnen
- Zielsetzung: Universelle Absicherung bis 2010 (danach Gebühren für Unversicherte in öffentlichen Einrichtungen)
- Eingeschränktes Leistungspaket: ambulante Versorgung + einfachere Krankenhausbehandlungen
- Komplexe stationäre Behandlungen über Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Krebs, Herz-Kreislaufkrankheiten, schwere Traumata, HIV/AIDS, Dialyse, Transplantationen u.a.)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

24

Mexiko



Reformansatz ab 2004:

- Finanzierung des Seguro Popular:
 - Nach Zahlungsfähigkeit gestaffelte Beitragssätze für die VersicherungsnehmerInnen; untere Einkommensquintile beitragsbefreit, aber Mitgliedschaft konditioniert
- Subventionierung aus öffentlichen Mitteln
 - Einheitlicher Zuschuss der Bundesregierung pro Familie für alle MexikanerInnen
 - Finanzieller Ausgleich zwischen Bundesstaaten bei der Zuwendung für die so genannten „Sozialanteil“ an der Finanzierung des Seguro Popular - Zuwendungen steigen mit Versichertenzahl !

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

25

Mexiko



Seguro Popular: Wichtigster Reformschritt im mexikanischen Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten

Der Bevölkerungsanteil mit sozialer Absicherung gegen Krankheitsrisiken hat sich seit Einführung des Seguro Popular vergrößert

Ausgaben für soziale Sicherung verbessern den Zugang der Bevölkerung zu angemessener Gesundheitsversorgung und können mittelfristig Kosten einsparen helfen (z.B. Blutdrucktherapie)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

26

Mexiko

Ergebnisse:

- Bis Anfang 2006 waren 2,3 Millionen mexikanische Familien bzw. 10 % der Bevölkerung dem Seguro Popular beigetreten ⇒ Die Ausweitung des Versicherungsprogramms blieb real hinter Erwartungen und auch hinter offiziellen Statistiken zurück
- Zahlungsmoral reicherer Bundesstaaten schlechter als ärmerer Staaten und mit der Dauer des Programms abnehmend
- Erfassung der informellen und armen Bevölkerung schwieriger als erwartet

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

27

Mexiko

Ergebnisse:

- Auswahl der abgesicherten Leistungen nach epidemiologischer Bedeutung und nach Kosteneffektivität bringt praktische und ethische Probleme mit sich
- Definition eines Leistungspakets unter Ausschluss von Behandlungen führt zu Konflikten und vielfach für LaiInnen unverständlichen Entscheidungen
- Auch der Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos lässt etliche Behandlungen außen vor, die von Versicherten aus der eigenen Tasche zu zahlen sind.

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

28

Kolumbien

Historische Entwicklung:

- Früher Bismarck-Modell mit minimaler Verbreitung (4-6 % der Bevölkerung)
- 1994: Gesundheitsreform nach chilenischem Vorbild, aber mehr Sozialausgleich (Ley 100)
 - Einführung von Krankenkassenwettbewerb im Beitragssystem (Sistema contributivo; Empresas Promotoras de Salud - EPS)
 - Subsidiärsystem (Sistema subsidiado) für informellen Sektor und v.a. Arme

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

29

Kolumbien

- Pflichtbeitrag 12 % (Besserverdienende 13 %)
 - Arbeitgeber 8 %
 - Arbeitnehmer 4 %
 - [Solidarabgabe 1 %]
- Solidarfonds: Umverteilung von Verdienern zu einkommens- bzw. mittellosen Gruppen
- Risikostrukturausgleich: EPS erhalten risikoadaptierte Beiträge abhängig von Alter, Geschlecht und Region
 - Manko: kein ausgabenbezogener RSA

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

30

Kolumbien

- Universelle Absicherung auch nach 20 Jahren noch nicht ganz erreicht
- Unterschiedliche Leistungspakete für verschiedene Bevölkerungsgruppen
- Unzureichende Absicherung im Krankheitsfall
 - EPS (Versicherungen) verweigern in vielen Fällen die Behandlungskosten
 - Hohe Zuzahlungen abhängig von der sozialen Lage der Patienten
 - Umfassender Schutz nur bei privater Zusatzversicherung möglich

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

31

Kolumbien

Re-Reform seit 2013:

- Einführung einer Versicherungsaufsicht
- Aufbau eines einheitlichen, aber dezentral organisierten öffentlichen Kostenträgers *Mi-Salud* zur Beitragserhebung, Mittelverwaltung und Honorierung der Leistungserbringer
- ⇒ De facto Abschaffung der EPS bzw. Abkehr vom Kassenwettbewerb
- Aufbau hierarchischer Behandlungsnetzwerke mit Stärkung der Primärversorgung

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

32

Fazit

- „Neoliberale“, markt-orientierte Reformen verursachen erheblichen Nachbesserungsbedarf
- Privatisierung und Kommerzialisierung erhöhen Intransparenz und finanzielle Belastung
- Die Reformen der letzten 25 Jahre haben Zugangs- wie Finanzierungsgerechtigkeit verschlechtert und soziale Ungleichheit zementiert
 1. Zwischen Ober- und Mittel-/Unterschicht (Chile)
 2. Zwischen Ober-/Mittelschicht und Unterschicht (Mexiko, Kolumbien, ...)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

33

Fazit

- Segmentierte Systeme: Universelle Absicherung möglich, aber soziale Ungleichheit
- Integration des informellen Sektors / Bedürftiger in formale Absicherungssysteme wünschenswert
- Sozialsysteme brauchen integrale Ansätze: Einbettung sozialer Absicherung im Krankheitsfall in umfassende soziale Sicherung: Fome zero, Bolsa família, Bolsa verde (Brasilien) ⇒ Formalisierung von Erwerbsarbeit
- Nachjustierungen schwer zu erkämpfen, können entstandenen Schaden nur ansatzweise beseitigen

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

34

**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

35

Anhang

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

36

Venezuela

Ausgangsbedingungen:

- Sozialversicherungsstrukturen ausschließlich für Angehörige des formalen Sektors
- 70 % der venezolanischen Bevölkerung waren faktisch von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen
- Sinkende Investitionen und schlechte Qualität in der öffentlichen Versorgungsstruktur ⇒ Unternutzung + „freiwillige“ Selbstbeteiligung

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

37

Venezuela



Mission „Barrio Adentro“

- Rückbesinnung auf Alma Ata
- Integraler Ansatz
- Überwindung von Medikalisierungs- und Hospitalisierungstendenzen im Gesundheitswesen
- 2006: 8986 Gesundheitskomitees in Venezuela
- Entwicklung zum Öffentlichen Nationalen Gesundheitswesen Venezuelas (Sistema Público Nacional de Salud - SPNS)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

38

Venezuela



Barrio Adentro I:

- Primärversorgung
 - 250-300 Familien pro Gesundheitsposten bzw. Allgemeina(e)rztIn
 - 106 essenzielle Arzneimittel
- Barrio Adentro II:
 - Clínica popular (ambul. Spezialversorgung)
 - Centro Diagnóstico Integral (Poliklinika mit Operationsraum und wenigen Betten)
 - Sala de Rehabilitación Integral
 - Centro de Alta Tecnología

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

39

Venezuela



Barrio Adentro III:

- Krankenhäuser der Allgemeinversorgung

Barrio Adentro IV:

- Hospitäler der Spezialversorgung
Lehrkrankenhäuser

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

40

Venezuela



QuickTime™ and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

41

Venezuela

Prinzipien

- Finanzierung aus Erdölexportgewinnen
- Einbettung in andere soziale Programme (Misión Habitat y Vivienda, Misión Mercal)
- Ansatz des networking
- Dezentral und partizipativ
- Planung nicht nachfrage-, sondern bedarfsorientiert
- Hierarchischer Aufbau der Versorgungsstruktur
- Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung für fast 19 Millionen Menschen (70 %)

3.5.2013

Gesundheitssysteme Lateinamerika

42

Venezuela

Herausforderungen

- Starke Abhängigkeit vom Ölexportgewinn
- Bisher weitgehend von (kubanischem) Importpersonal getragen
- Fragliche politische und ökonomische Nachhaltigkeit
- Prozess partiell ergebnisoffen und daher unsicher
- Mangel und eingeschränkte Versorgungsqualität in venezolanischen Gesundheitseinrichtungen