



## Soziale Krankenversicherung

Beitrag zur internationalen entwicklungspolitischen Diskussion  
über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit

Diskussionspapier



Deutsche Gesellschaft für  
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

im Auftrag des:



Bundesministerium für  
wirtschaftliche Zusammenarbeit  
und Entwicklung

# **Soziale Krankenversicherung**

**Beitrag zur internationalen entwicklungspolitischen Diskussion  
über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit**

**Diskussionspapier**

November 2005

**Herausgeber:**

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
Abteilung 4300 – Gesundheit, Bildung, Soziale Sicherheit,  
Sektorvorhaben „Aufbau und Integration von Systemen der  
Sozialen Sicherheit“,  
Ansprechpartner: Dr. Bernd Schramm

Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5  
65726 Eschborn, Germany  
Telefon: ++49 (0) 6196 79-1445  
Telefax: ++49 (0) 6196 7980-1445  
E-Mail: Bernd.Schramm@gtz.de  
Internet: [www.gtz.de/social-protection](http://www.gtz.de/social-protection)

Im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche  
Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)

Dienstszitz Bonn:  
Adenauerallee 139 - 141  
53113 Bonn, Germany  
Telefon: 01888 / 535-0  
Telefax: 01888 / 535-3500  
Internet: [www.bmz.de](http://www.bmz.de)

Dienstszitz Berlin:  
Stresemannstraße 94  
10963 Berlin, Germany  
Telefon: ++49 (0) 30 2503-0  
Telefax: 01888 / 535 25 01

**Redaktion:** Dr. Bernd Schramm (GTZ), Ole Doetinchem (WHO),  
Dr. Jens Holst, Dr. Jürgen Hohmann (freie Mitarbeiter),  
Sonja von Möller, Dr. Katja Bender (freie Mitarbeiterinnen)

**Grafik:** GTZ

**Bildnachweise:** Titel: Version, Köln

**Stand:** November 2005

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
1. Armut, Gesundheit und internationale Entwicklungsziele	4
<a href="#">Beispiel</a> China	6
<a href="#">Beispiel</a> Brasilien	8
2. Modelle der Gesundheitsfinanzierung	9
<a href="#">Beispiel</a> Chile	13
<a href="#">Beispiel</a> Indien	15
3. Grundwerte und Kernpunkte sozialer Krankenversicherungssysteme	16
<a href="#">Beispiel</a> Südkorea	17
3.1. Solidarität	18
3.2. Pluralität von Funktion und Organisation	18
3.3. Selbstverwaltung und Mitbestimmung	19
3.4. Dezentralisierung und Subsidiarität	20
4. Staat und Privatwirtschaft im Gesundheitsmarkt	21
5. Ökonomische Auswirkungen der Sozialen Krankenversicherung	23
6. Soziale Krankenversicherung: Ein Modell für Entwicklungsländer?	26
7. Erfolgreiche Umsetzung	31
7.1. Entwicklung länderspezifischer Lösungen	31
7.2. Gestaltung des grundlegenden Leistungspakets	32
7.3. Einschluss in soziale Sicherungssysteme und nachhaltige Finanzierung	33
<a href="#">Beispiel</a> Paraguay	34
<a href="#">Beispiel</a> Tansania	36
7.4. Gute Regierungsführung und Verantwortlichkeit	37
<a href="#">Beispiel</a> Russland	38
7.5. Gesellschaftlicher Konsens und gesellschaftliche Akzeptanz	39
<a href="#">Beispiel</a> Kenia	40
7.6. Sektorale und multisektorale Koordinierung der Reformbemühungen	42
8. Zusammenfassung	43
9. Literaturverzeichnis	44

## Einleitung

Die nachhaltige Armutsbekämpfung ist die übergreifende Aufgabe der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Dieses Anliegen, das sich im Aktionsprogramm 2015 der Bundesregierung niederschlägt, steht im Einklang mit der Millenniums-Erklärung und den entsprechenden Entwicklungszielen (*Millennium Declaration, Millennium Development Goals, MDGs*). Durch gemeinsame Anstrengungen will die internationale Gemeinschaft weltweit die extreme Armut bis zum Jahr 2015 auf die Hälfte des Ausmaßes von 1990 verringern. In der deutschen Entwicklungszusammenarbeit hat die Verbesserung der sozialen Sicherheit einen hohen Stellenwert. Das Aktionsprogramm 2015 benennt dieses Ziel explizit unter Punkt 5: „Soziale Grunddienste gewährleisten - Soziale Sicherung stärken“. Denn funktionierende Sozialschutzsysteme können nachhaltig zur Armutsminderung beitragen und gesellschaftlichen Konflikten vorbeugen. Auch der Zwölfte Entwicklungspolitische Bericht der Bundesregierung benennt die Förderung sozialer Sicherungssysteme als Bestandteil der Armutsminderung.<sup>1</sup> Neben der Verbesserung von Basisgesundheitsdiensten in Verbindung mit nachhaltiger Finanzierung kommt dabei dem Aufbau von sozialen Krankenversicherungssystemen besondere Bedeutung zu.<sup>2</sup> Noch deutlicher kommt diese Position im BMZ-Papier „Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern“ zum Ausdruck.<sup>3</sup> Ein Eckpunkt dieses Positionspapiers, die „gesundheitliche Sicherheit“ bzw. der soziale Schutz im Krankheitsfall, wird in diesem Diskussionspapier vertieft.

Gesundheit ist ein essentielles Menschenrecht, ein gesellschaftliches Gut und Voraussetzung für Arbeit und Einkommen. In Entwicklungs- und Schwellenländern stellt Krankheit eines der größten Verarmungsrisiken dar.<sup>4</sup> Daher ist die Gewährleistung einer adäquaten Gesundheitsversorgung und die Absicherung gegen finanzielle, gesundheitliche und gesellschaftliche Risiken von Krankheit über Versicherungssysteme ein Kernelement der sozialen Sicherheit.<sup>5</sup> Im BMZ-Positionspapier heißt es dazu: „Ziel der Förderung ist ein ausreichender Krankenversicherungsschutz, der für alle Bevölkerungsgruppen den Zugang zu einem qualitativ leistungsfähigen und bezahlbaren Gesundheitswesen ermöglicht.“<sup>6</sup> Darüber hinaus gilt es im Rahmen einer gerechteren Gestaltung der Globalisierung, Sozialstandards weltweit aufzubauen und nicht abzubauen.<sup>7</sup> Dies spiegelt sich auch in der „*Decent Work*“ Agenda<sup>8</sup> der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) wieder, die ausdrücklich die Verantwortung von Unternehmen für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herausstellt.<sup>9</sup>

Das vorliegende Diskussionspapier erörtert zunächst unterschiedliche Modelle der Gesundheitsfinanzierung, bevor es sich ausführlich dem Modell der sozialen Krankenversicherung widmet. Es legt dar, warum sich soziale Krankenversicherungen unter bestimmten Voraussetzungen zur Absicherung der Bevölkerung eignen. Das Dokument erläutert das Potenzial und die Grenzen sozialer Krankenversicherungssysteme in Entwicklungsländern vor dem Hintergrund der Wechselwirkung von Armut und Gesundheit. Es beschreibt außerdem die Möglichkeiten der sozialen Krankenversicherung, öffentliche und private Institutionen zu koordinieren und bedarfsgerecht in den Dienst der gesamten Bevölkerung zu stellen. Weltweit

<sup>1</sup> BMZ 2005, S. 32 ff.

<sup>2</sup> BMZ 2005, S. XII

<sup>3</sup> BMZ 2002a, S. 12ff, BMZ 2005, S. 21, Aktionsprogramm 2015, Ansatzpunkt 5 „Soziale Grunddienste gewährleisten - Soziale Sicherung stärken“

<sup>4</sup> Wagstaff/van Doorslaer 2003; Kassie 2000, nach van Damme et al. 2003, S. 996; Xu et al. 2003, S. 111, 114f

<sup>5</sup> *ibid.*, S.62-63 (Kapitel II.2.1.1.1.)

<sup>6</sup> BMZ 2002a, S. 24

<sup>7</sup> <http://www.bmz.de/de/presse/reden/ministerin/rede20041021.html>

<sup>8</sup> <http://www.ilo.org/public/english/decent.htm>

<sup>9</sup> das Mandat der ILO im Bereich soziale Krankenversicherungen ist sowohl in seiner Verfassung festgehalten als auch in der Philadelphia-Deklaration, Konvention Nr. 102, 130 und Empfehlung Nr. 134 zu Leistungen im Krankheitsfall sowie im *new consensus*, der während der Internationalen Arbeitskonferenz (ILC) 2001 verabschiedet wurde

findet dies zunehmende Beachtung als ein möglicher Weg zur nachhaltigen Finanzierung, Organisation und Verwaltung des Gesundheitswesens.

Die Entwicklung in Europa und anderen Ländern (z.B. Japan, Südkorea, Chile) hat gezeigt, dass soziale Krankenversicherungen in der Lage sind, breitenwirksames Wachstum (*pro-poor growth*) zu fördern und die produktiven Fähigkeiten der Menschen zu stärken. Soziale Krankenversicherungen können sich auch zu einem Kristallisationspunkt von Mitbestimmung und Transparenz in einer Gesellschaft entwickeln. Der hier skizzierte Ansatz bezieht sich dabei nicht auf ein bestimmtes System oder Land. Vielmehr geht es darum, bestimmte Grundwerte und Kernpunkte aufzuzeigen, welche in unterschiedlicher Ausprägung, je nach Kontext und Bedarf, in Kooperationsländern zur Anwendung kommen können. Der deutsche Ansatz einer sozialen Pflichtversicherung stellt dabei nur ein System unter vielen dar, das im Laufe seiner nunmehr über 120-jährigen Geschichte immer wieder flexibel an die jeweilige Situation angepasst wurde. Der medizinisch-technologische Fortschritt, die zunehmend alternde Bevölkerung sowie der nachhaltige Bestand chronisch-degenerativer Erkrankungen stellen dieses Modell heute in Deutschland und anderen Industrieländern vor große Herausforderungen. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen können von den beitragspflichtigen Arbeitgebern und Arbeitnehmern nur dann aufgefangen werden, wenn sie keine negativen Effekte auf Wachstum und Beschäftigung zeitigen. Ist die Schmerzgrenze der Belastung erreicht, muss die Regierung bzw. die Krankenkasse zur Herstellung des finanziellen Gleichgewichts entweder die Finanzierungsbasis erweitern oder das Leistungspaket einschränken. Um die Systeme von Anfang an nachhaltig zu gestalten, sind gerechte und innovative Finanzierungsstrukturen erforderlich. Eine zentrale Frage in den Entwicklungsländern ist dabei, wie beitrags-, steuer- und geberfinanzierte Elemente sinnvoll zu einem integrierten und leistungsfähigen Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung kombiniert werden können.

Aufbau und Gestaltung sozialer Krankenversicherungen sowie ihre Einbettung in die nationale Politik bedeuten oftmals einen schwierigen und langwierigen Prozess. Die deutschen und europäischen Erfahrungen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit können auf vielfältige Weise zum Aufbau oder der Reform sozialer Sicherungssysteme in Afrika, Asien und Lateinamerika beitragen, ohne als Blaupause zu fungieren. Die Nachfrage aus den Entwicklungs- und Schwellenländern nach sozialpolitischer Beratung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Bundesregierung erkennt darin ein Zeichen für die wachsende Bedeutung des Themas in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Schon heute bieten zahlreiche bilaterale Projekte und Programme finanzielle und technische Hilfe in den Bereichen Gesundheit und soziale Sicherheit an.<sup>10</sup> Auf diese Weise leistet die Bundesregierung einen aktiven Beitrag zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele.

Das vorliegende Papier richtet sich an politische Entscheidungsträger in Deutschland und anderen OECD-Ländern sowie an unsere Partner in den Kooperationsländern in Mittelosteuropa, Asien, Afrika und Lateinamerika. Es dient auch zur Anregung eines Fachdialogs zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der staatlichen und nicht-staatlichen Entwicklungszusammenarbeit, internationalen Entwicklungsorganisationen sowie der nationalen und internationalen Fachöffentlichkeit. Die Zielgruppe sind somit all jene, die auf politischer und konzeptioneller Ebene mit Fragen der Gesundheitsfinanzierung und sozialen Sicherheit zu tun haben. Für sie soll das Dokument eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe sein.

---

<sup>10</sup> vgl. GTZ 2003, S. 12

## 1. Armut, Gesundheit und internationale Entwicklungsziele

Armut und Krankheit sind untrennbar und auf vielfältige Weise miteinander verbunden.<sup>11</sup> Weltweit verfügen 1,3 Milliarden Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern über keinen ausreichenden und bezahlbaren Zugang zu Gesundheitsleistungen, weder zu präventiver oder primärer Versorgung noch zu lebensnotwendigen Medikamenten oder komplexeren Behandlungen.<sup>12</sup> Problematisch sind nicht allein die in vielen Ländern anzutreffende schlechte Versorgung in ländlichen Gebieten und die unzureichende Qualität des Dienstleistungsangebots, sondern auch die hohen Kosten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Wenn das Einkommen kaum für das Überleben reicht, ist kein Geld für Transport zum Krankenhaus und für die Behandlung übrig. Gleichzeitig kann Krankheit zu Arbeitsunfähigkeit und damit zu Einkommensverlust führen. Bei fehlendem Versicherungsschutz enden schwere Erkrankungen oft mit Verschuldung und Verarmung ganzer Familien, die ihren spärlichen Besitz und letztlich ihre Lebensgrundlage veräußern müssen, um medizinische Behandlungen bezahlen zu können. Die arme Bevölkerung in den Entwicklungsländern ist also in einem regelrechten Teufelskreis, der Krankheits-Armutsfalle (*illness poverty trap*), gefangen.

Der Gesundheitszustand armer Menschen ist grundsätzlich schlechter als der von Angehörigen höherer Gesellschaftsschichten. Diese Diskrepanzen sind überall auf der Welt in erheblichem Maße auf Einkommensunterschiede zurück zu führen.<sup>13</sup> Die größten Gesundheitsprobleme, die in engem Zusammenhang mit den weltweiten Ungleichheiten stehen, treffen vor allem die armen Menschen in den Entwicklungsländern.<sup>14</sup> Das ist ebenso Folge unzureichender Ernährung und fehlender Kenntnisse über Vermeidung und Behandlung von Krankheiten wie der höheren Gesundheitsrisiken, denen die ärmere Bevölkerung generell ausgesetzt ist. Erwerbslosigkeit, informelle Arbeitsverhältnisse, lange Arbeitszeiten, fehlende Arbeitsnormen und somit erhöhter Stress und Unfallgefahr sind die Regel. Arme Menschen wohnen zudem häufig in Gebieten mit unzureichender Infrastruktur, ohne Zugang zu hygienischem, trockenem Wohnraum, sauberem Wasser und ohne adäquate Abwasserbeseitigung. Infektionskrankheiten sind entsprechend häufig, aber auch die zunehmend relevanten chronischen Erkrankungen treten früher auf.

Gesundheit und die damit verbundene Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind nicht allein für das individuelle bzw. Familieneinkommen von Bedeutung. Sie sind auch eine wesentliche Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes und die Verringerung der Armut. Anders herum stellen Wirtschaftswachstum und Produktivität wesentliche Voraussetzungen für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung dar.

### Gesundheit und wirtschaftliche Entwicklung: nach WHO und Weltbank Schätzungen<sup>15</sup>

Steigerung der <b>Lebenserwartung</b> um <b>10%</b>	<i>...führt zu...</i>	jährlichem <b>Wirtschaftswachstum</b> von <b>0,3 bis 0,4%</b>
---	-----------------------	---

Anstieg des <b>Pro-Kopf-Einkommens</b> in einem Entwicklungsland um <b>10%</b>	<i>...führt zu...</i>	Rückgang der <b>Kindersterblichkeit</b> um <b>2 bis 3,5%</b>
--	-----------------------	--

<sup>11</sup> Schwefel et al., S. 9

<sup>12</sup> Preker/Langenbrunner/Jakab 2002, S. 22.

<sup>13</sup> World Bank 1994, S. 41

<sup>14</sup> Sachs 2001, S. 42-54

<sup>15</sup> Sachs 2001, S.24; World Bank 1994, S. 41

Die besondere Bedeutung der Gesundheit für die Armutsminderung spiegelt sich in der Millenniums-Erklärung<sup>16</sup> der Vereinten Nationen und den „Millennium Development Goals“ (MDGs)<sup>17</sup> wider. Die internationale Gemeinschaft hat sich zum Ziel gesetzt, den Anteil extrem armer Menschen an der Weltbevölkerung bis zum Jahr 2015 auf die Hälfte des Ausmaßes von 1990 zu verringern. Den deutschen Beitrag hat die Bundesregierung in ihrem Aktionsprogramm 2015 beschrieben,<sup>18</sup> das den Ressort übergreifenden Ansatz zur Erreichung der MDGs betont. Drei der acht Entwicklungsziele haben unmittelbaren Bezug zu Gesundheitsindikatoren (siehe Kasten).<sup>19</sup>

#### **Millenniums-Entwicklungsziele mit unmittelbarem Gesundheitsbezug**

##### **Ziel 4: Reduzierung der Kindersterblichkeit**

*Teilziel 5:* Zwischen 1990 und 2015 Verringerung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel

##### **Ziel 5: Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Müttern**

*Teilziel 6:* Zwischen 1990 und 2015 Reduzierung der Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel

##### **Ziel 6: Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen schweren Krankheiten**

*Teilziel 7:* Bis 2015 Beendigung der zunehmenden Ausbreitung von HIV/AIDS und Einleitung einer Trendumkehr

*Teilziel 8:* Bis 2015 Beendigung der ansteigenden Inzidenz und Beginn einer Trendumkehr bei Malaria und anderen schweren Krankheiten

Obwohl heute 93% der globalen Krankheitslast die ärmsten 84% der Weltbevölkerung treffen, entfallen nur 11% der weltweiten Gesundheitsausgaben auf diese riesige Gruppe.<sup>20</sup> Gerade soziale Krankenversicherungen können maßgeblich zur Erreichung der internationalen Entwicklungsziele beitragen, denn sie leisten nachweislich in vielen Ländern einen Beitrag zur Überwindung der Krankheits-Armutsfalle, zur Verbesserung von Angebot und Qualität der Gesundheitsversorgung und geben Impulse für Wachstum und wirtschaftliches Verhalten im Gesundheitssektor. Der Aufbau tragfähiger und nachhaltiger Finanzierungsstrukturen für das Gesundheitswesen ist eine wesentliche Voraussetzung, die angestrebten Errungenschaften auch über das Jahr 2015 hinaus zu halten und zu verbessern.

Im Sinne eines sektorübergreifenden Ansatzes haben viele Länder nationale Armutsminderungsstrategien entwickelt. Die „Poverty Reduction Strategy Papers“ (PRSP) führten Weltbank und Internationaler Währungsfonds (IWF) ab 1999 im Rahmen der Entschuldungsinitiative für hochverschuldete arme Länder (HIPC) als Voraussetzung für vergünstigte Darlehen an Entwicklungsländer ein. Die Zuständigkeit für die Erstellung der PRSPs liegt bei den Ländern selber, um ein hohes Maß an Teilhabe und Verantwortlichkeit zu gewährleisten. Für einen Schuldenerlass ist aber in jedem Fall die Zustimmung der beiden internationalen Finanzorganisationen unerlässlich. Daraus können zwar einerseits Spannungen über die richtigen politischen Entscheidungen für ein Land entstehen, andererseits erlaubt diese Diskussion die Verständigung zwischen Empfänger- und Geberländern über den Weg in die Zukunft. Während früher die Strukturanpassungsprogramme im Wesentlichen auf Marktliberali-

<sup>16</sup> United Nations 2000

<sup>17</sup> Weitere Informationen unter <http://www.un.org/millenniumgoals/> oder <http://www.developmentgoals.com/> oder <http://www.who.int/mdg/en/>

<sup>18</sup> Weitere Informationen unter <http://www.aktionsprogramm2015.de>

<sup>19</sup> Vgl. Haines/Cassels 2004, S. 394

<sup>20</sup> Preker et al. 2002, S. 143

sierung und Deregulierung abzielten, rücken nun im Sinne der Armutsminderung auch soziale und politische Bedingungen in den Mittelpunkt der Entwicklungsstrategien. Die PRSPs betrachten daher zunehmend Faktoren wie Einkommen, Ernährung, soziale Sicherheit, Partizipation, *Good Governance*<sup>21</sup> etc. als Voraussetzungen für die Entwicklung eines Landes.<sup>22</sup>

## China

Die chinesische Regierung sieht den Aufbau eines „moderaten Wohlfahrtsstaates“ als Ziel für die nächsten Jahre und betrachtet die Verbesserung der Gesundheitsversorgung als ein wesentliches Element für Wirtschaftswachstum.<sup>23</sup> Das Land durchlebt seit einigen Jahren starke wirtschaftliche und soziale Veränderungen. China hatte bis Ende der siebziger Jahre ein relativ gut funktionierendes Gesundheitssystem mit hoher Versorgungsdichte. Rund 90 Prozent der Bevölkerung waren krankenversichert. Seit den achtziger Jahren gingen sowohl die Qualität der Gesundheitsversorgung als auch der Anteil der Krankenversicherten massiv zurück. Dadurch verschlechterten sich auch die Gesundheitsindikatoren. Während die privaten Zuzahlungen zu Gesundheitsdiensten früher nur etwa ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachten, sind es heute bereits 58%. Gleichzeitig reduzierten sich die öffentlichen Mittel für Gesundheit, während die Ausgaben stiegen.

In den Städten wurden 1998 die *Government Employment* und *Labour Insurance Schemes*, die jeweils die Staatsangestellten sowie die Arbeiter staatlicher Betriebe versicherten, durch ein Versicherungsprogramm für alle städtischen Arbeitnehmer ersetzt. Auf diese Weise sollen auch kleinere Betriebe und Selbständige versichert werden. Schwieriger stellt sich die Situation in den ländlichen Gebieten dar. Dort war die Bevölkerung früher über ein Vorauszahlungssystem auf Gemeindeebene (*Community Finance Schemes*)<sup>24</sup> versichert, die jedoch nach Auflösung der Agrarkollektive in den achtziger Jahren durch vorwiegend private Versicherungen ersetzt wurden. Da sich die meisten Bauern jedoch eine private Versicherung nicht leisten können, müssen sie im Falle einer Erkrankung hohe Eigenleistungen aufbringen. Dieses Problem soll nun durch ein aufgestocktes Gesundheitsbudget und durch vermehrte Sozialtransfers<sup>25</sup> von der Zentralregierung abgemildert werden. Einige Kommunen mit hohem Wirtschaftswachstum haben auch bereits lokale Krankenkassen errichtet.<sup>26</sup>

Mittlerweile sind PRSPs als zentrale Entwicklungsstrategien der Kooperationsländer verankert und bilden den Bezugsrahmen für die Entwicklungszusammenarbeit fast aller Geber. PRSPs bringen explizit den zentralen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zum Ausdruck und geben Aufschluss über die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen im Hinblick auf die Verbesserung der Lebenssituation der Ärmsten und die Verringerung der Armut. Im PRSP von Sambia heißt es beispielsweise: „The wealth of poor people lies in their capabilities and their assets. Of these, health is the most important. Health allows poor people to work. A sick, weak, and disabled body is a liability both to the persons affected and to those who must support them. Thus, if health is an asset and ill health a liability, protecting and promoting health care is central to the entire process of poverty reduction and human development. In the recognition of the link between poverty and ill health, it is important to note that for Zambia, ill health is more likely to lead to further impoverishment amongst the

<sup>21</sup> Der Begriff *Good Governance* bezieht sich auf die Art und Weise, in der in einem Staat Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. *Good Governance* beschränkt sich nicht nur auf die Regierung, sondern gilt für alle Betroffenen und Beteiligten. Er beinhaltet sowohl die *Bereitschaft* als auch die *Fähigkeit* zum verantwortungsvollen Handeln.

<sup>22</sup> BMZ 2005, S. 99

<sup>23</sup> Hu 2004, S. 480

<sup>24</sup> Liu, Rao, Hu 2002; S. 1

<sup>25</sup> Bloom/Jing 2003, S. 24

<sup>26</sup> Bloom 2001, S. 7

poor than among the wealthy. For the country, meeting the health needs of the poor is an important means to prevent the increase of poverty as they suffer a heavier burden of disease.“<sup>27</sup> Eine Analyse der WHO von 21 Strategien zur Armutsminderung zeigte, dass 18 davon explizit den Beitrag von Gesundheitsverbesserungen zum Wirtschaftswachstum benennen. Finanzielle Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und deren Abbau greifen 15 der 21 PRSPs auf, und dabei vor allem die neueren, was eine wachsende Aufmerksamkeit gegenüber diesem Thema zeigt.<sup>28</sup>

Den Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten zu verbessern, ist ein zentrales Anliegen von sozialen Krankenversicherungen. Die Herausforderungen sind in Entwicklungsländern vielfach größer als in den bereits industrialisierten Ländern, denn es geht nicht nur um die Einbeziehung eines kleinen formalen Sektors, sondern um die soziale Absicherung der Bedürftigen im Krankheitsfall. Zahlreiche Beispiele aus Asien, Lateinamerika und vermehrt auch aus Afrika belegen allerdings, dass der Aufbau eines funktionierenden Krankenversicherungssystems einen gangbaren Weg darstellt, in einem überschaubaren Zeitrahmen den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung zu verbessern, den individuellen und kollektiven Wohlstand zu mehren und langfristig die Armut zu bekämpfen.<sup>29</sup> Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang auch die Ansätze der Ankerländer (siehe Kasten), die für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit zunehmend von Bedeutung sind. Den Ausbau eines finanzierbaren Gesundheitssystems müssen jedoch strukturelle Verbesserungen der Infrastruktur im Gesundheitswesen, des Bildungswesens und der Produktionsbedingungen in Entwicklungsländern begleiten, deren Wirkungen auf die Gesundheit eher langfristig sind.

---

<sup>27</sup> Zambia Ministry of Finance and National Planning 2002, S. 83

<sup>28</sup> WHO 2004a, S. 5, 7, 10.

<sup>29</sup> Holzmann/Jørgensen 2000, S.6 ff.

## Brasilien

Abweichend von der marktorientierten Tendenz auf dem lateinamerikanischen Subkontinent begann dessen größtes Land schon früh mit dem Aufbau seines „Einheitlichen Gesundheitssystems“ (Sistema Unitário de Saúde, SUS). Auf der Grundlage der bis heute gültigen Verfassung von 1988, die Gesundheitsversorgung als gesellschaftliches Recht und öffentliche Aufgabe fest schreibt, integrierte Brasilien die bestehenden Sozialversicherungen in einen neuen steuerfinanzierten Gesundheitsdienst. Das am Beveridge-Modell ausgerichtete SUS sichert allen Bürgern das Recht auf angemessene medizinische Versorgung zu. Ziel war die Überwindung der großen Ungleichheiten in der Versorgung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie zwischen Stadt und Land. Kernpunkte der brasilianischen Gesundheitsreform sind Universalität, Zugangsgerechtigkeit, Partizipation und integrale Versorgung. In dem föderativen Land spielt zudem die Dezentralisierung eine große Rolle: Bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen haben die Bundesstaaten großen Einfluss, während die Kommunen die Verantwortung für die Versorgung übernehmen und 15% zu deren Finanzierung beisteuern.<sup>30</sup>

Bemerkenswert ist im brasilianischen System die Kombination der öffentlichen Finanzierung, die zumindest theoretisch eine universelle Absicherung gewährleistet, mit der heterogenen und in großem Umfang privaten Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Während die ambulante Versorgung zu drei Vierteln in öffentlichen Gesundheitszentren und Polikliniken erfolgt, finden stationäre Behandlungen des SUS mehrheitlich in privaten Krankenhäusern und Kliniken statt. Die Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung ermöglicht Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, der prinzipiell eine Steigerung der Effizienz des Systems erwarten lässt. Doch die starke Fragmentierung der Versorgung und vor allem die vorherrschende Honorierung durch Einzelleistungsvergütungen verursachen Fehlanreize und Kosten steigernde Nachfrageinduktion.<sup>31</sup>

Nicht unerhebliche Gerechtigkeits- und Effizienzprobleme ergeben sich zudem aus der Koexistenz mit privaten Krankenversicherungen, wo die Mehrheit der Ober- und Mittelschicht zusätzlich abgesichert ist. So besteht trotz des steuerfinanzierten staatlichen Systems weiterhin eine Mehrklassenmedizin, zumal die Versorgung über das SUS außerhalb der großen Städte überaus lückenhaft und dürftig ist. Gleichzeitig tendieren Leistungserbringer, die vielfach eng mit Versicherungsanbietern verbunden sind, zu einer impliziten Bevorzugung privater Krankenkassen, indem sie teure Leistungen auch für Privatversicherte über den staatlichen SUS abrechnen, der ja rechtlich für alle Brasilianerinnen und Brasilianer da ist.

---

<sup>30</sup> Giovanella/Firpo 2003, S. 14; 18f

<sup>31</sup> Frenk/Londoño 1997, S. 13

## 2. Modelle der Gesundheitsfinanzierung

Gesundheitssysteme sind das Ergebnis nationaler historischer Entwicklungen und zugleich Abbild grundlegender Wertvorstellungen einer Gesellschaft. Dies spiegelt sich auch in der Finanzierung wider. So haben die Länder dieser Welt die Finanzierung ihrer Gesundheitsversorgung recht unterschiedlich gestaltet. In etlichen Entwicklungsländern sind die heutigen Sozialsysteme von der kolonialen bzw. post-kolonialen Strategie des steuerfinanzierten, freien Zugangs zu Gesundheitsdiensten geprägt. Vielfach führt die mangelnde Ressourcenausstattung und Leistungsfähigkeit jedoch zu einem Wildwuchs privatwirtschaftlicher Angebote, die sich primär an kaufkräftigere Schichten richten, die Ärmsten ausgrenzen und eine Reihe von Verzerrungen am ohnehin störungsanfälligen Gesundheitsmarkt bewirken. Es gibt aber auch eine Reihe innovativer Ansätze und Reformen, beispielsweise aus China, Korea, Thailand, den Philippinen, Costa Rica, Brasilien, Ghana und Kenia, die im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit vermehrt Beachtung finden.

Grundsätzlich lassen sich in Entwicklungsländern fünf verschiedene Quellen für die Gesundheitsfinanzierung unterscheiden:

- Allgemeine (und spezifische) Steuermittel
- Sozialversicherungsbeiträge
- Kollektive Mittelaufwendung sozialer Gruppen
- Individuelle Bezahlung von Gesundheits- oder Versicherungsleistungen
- Internationale Geldgeber

Die unmittelbarste Form der Honorierung medizinischer Leistungen sind individuelle Direktzahlungen (*out of pocket payments*), die bis heute in vielen Entwicklungsländern in umfassender Form oder als anteilige Nutzergebühren (*user fees*) bestehen. Vor allem in Europa und anderen Industrie-, aber auch in vielen Schwellenländern haben verschiedene Formen der Vorauszahlung (*prepayment*) für die Gesundheitsversorgung die inegalitären Direktzahlungen weitgehend abgelöst. Als Formen einer vorfinanzierten Absicherung von Gesundheitsrisiken finden sich die oben genannten Finanzierungsquellen in den folgenden Gesundheitssystemen bzw. Finanzierungsmodellen wieder:

- Steuerfinanziertes nationales bzw. regionales Gesundheitswesen (so genanntes „Beveridge-System“)
- Soziale Pflichtversicherung („Bismarck-System“), entweder für die Gesamtbevölkerung oder für bestimmte Gruppen
- Krankenversicherungen auf lokaler, kooperativer, oder Gemeindeebene (Kleinstversicherungen)
- Kommerzielle Privatversicherungen<sup>32</sup>
- Komplementäre Finanzierungsformen (z.B. krankheitsbezogene Mittel aus dem Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), globale Budgetfinanzierung, Gutscheinsysteme, Transferzahlungen).

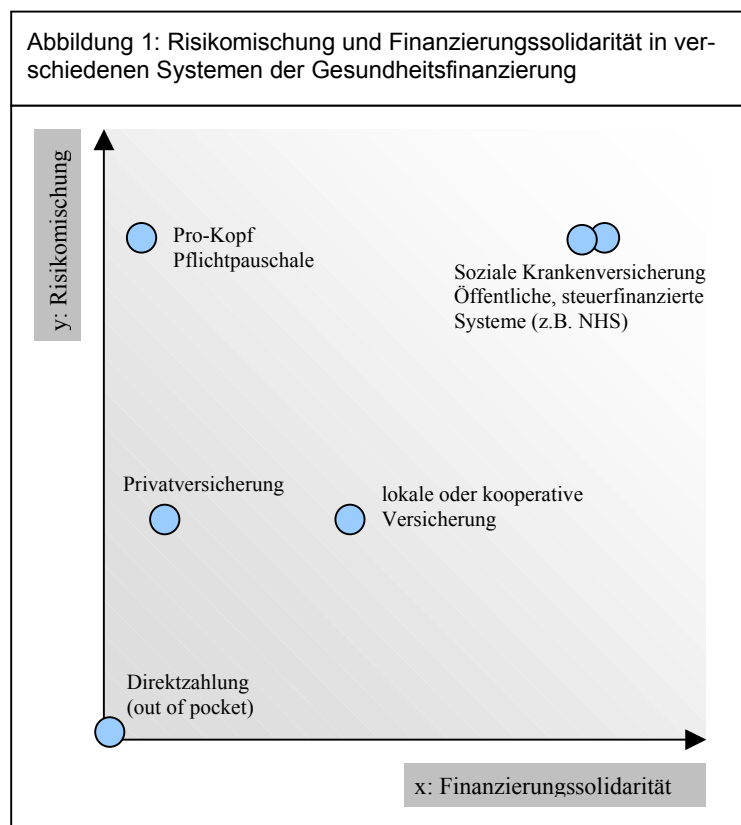
Keines der genannten Systemmodelle ist in reiner Form anzutreffen, aber weltweit sind deren Grundprinzipien in unterschiedlichem Maße in den jeweiligen Gesundheitssystemen verankert. Am umfassendsten ist das kommerzielle System in den USA entwickelt, wo private Krankenversicherungen eine wesentliche Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens darstellen.<sup>33</sup> Gemeindebasierte oder kooperative Kleinstversicherungen (*micro-insurances*)

<sup>32</sup> Bei den gewinnorientierten privaten Unternehmen ist zu unterscheiden zwischen klassischen Privatversicherungen, die sich auf die Einnahme der Beiträge und die Finanzierung der Leistungsausgaben für ihre Versicherten beschränken, und den sog. *Managed-care*-Modellen. Bei letzteren kommt es zu einer vertikalen Integration der Finanzierungs- mit der Anbieterfunktion, wenn eine Versicherung selektiv ihre Leistungserbringer kontrahiert oder diese zum selben Unternehmen gehören bzw. wenn größere Kliniken und Ärztekonsortien selber eine Versicherungsstruktur aufbauen.

<sup>33</sup> Seit 1960 bestehen zwar mit *Medicare* und *Medicaid* auch öffentlich finanzierte Versorgungssysteme für alte und arme Menschen, aber die private Finanzierung von Gesundheitsleistungen überwiegt eindeutig.

sind heute in einer Reihe von Entwicklungsländern bekannt, z.B. im Senegal, Guinea, Mali, Ruanda, Kamerun, Kenia, Uganda, Ghana, Tansania, Paraguay, Indien, Laos, Kambodscha und den Philippinen. Historisch bildeten sie auch in den europäischen Staaten bis Mitte des 19. Jahrhunderts die wesentliche Grundlage der kollektiven Absicherung. Als Land mit dem Prototyp eines obligatorischen Sozialversicherungssystems gilt Deutschland, das unter Bismarck eine Arbeiterversicherung errichtete, die mittlerweile nahezu die gesamte Bevölkerung erfasst. Umfassende soziale Krankenversicherungen sind in ähnlicher Form auch in Belgien, Österreich und Frankreich sowie in Japan, Südkorea und Costa Rica anzutreffen. Der britische *National Health Service* (NHS) verkörpert hingegen die steuerfinanzierte, öffentliche Versorgung mit weitgehender Integration von Finanzierung und Leistungserbringung. Viele ehemals britische Kolonien haben dieses universelle System in wesentlichen Teilen übernommen. Auch andere Länder wie Brasilien und Thailand haben steuerfinanzierte Gesundheitssysteme aufgebaut, die sich im Vergleich zum britischen Modell allerdings durch mehr Flexibilität bei der Kontrahierung der Anbieter auszeichnen.

Die oben aufgeführten Systembeispiele stehen jeweils für ein bestimmtes Modell der Gesundheitsfinanzierung. Internationale Systemvergleiche zeigen einen gewissen Zusammenhang zwischen Finanzierungsart und Ausgaben im Gesundheitswesen, eine generelle Aussage ist indes kaum zu treffen. Die Kosten hängen nämlich wesentlich von der Ausgestaltung dieser Systeme ab, die Kapitel 4 näher beleuchtet wird.<sup>34</sup> In der Praxis existieren die verschiedenen Finanzierungssysteme zumeist nebeneinander oder als Mischformen.<sup>35</sup> Im Hinblick auf universellen Zugang und sozial verträgliche Mittelaufbringung sind zwei Größen von entscheidender Bedeutung: das Ausmaß der Risikomischung (*risk pooling*) und die Fairness der Finanzierung.



<sup>34</sup> So zeigt der Weltgesundheitsbericht 2000 (WHO 2000) eine vergleichsweise gute Kosteneffektivität von steuerfinanzierten und eine eher geringe von marktorientierten Systemen, wobei in der Rangliste die unterschiedlichen Positionen von Ländern mit gleichartigen Finanzierungsmodellen zeigen, dass gewichtige andere Faktoren hinzukommen. Beispiel: Die relativ schlechte Eingruppierung Deutschlands und der erste Platz Frankreichs; letzterer belegt, dass auch Sozialversicherungssysteme eine hohe Kosteneffizienz erzielen können.

Die Risikomischung einer Versicherung ist zum einen für die wirtschaftliche Nachhaltigkeit, zum anderen für die Streuung der individuellen Risiken über die Gesamtheit der Versicherten entscheidend. Risikomischung entspricht der klassischen Versicherungsfunktion, das finanzielle Risiko der Gesundheitsversorgung jedes Einzelnen auf alle Mitglieder einer Gruppe zu verteilen.<sup>36</sup> Grundsätzlich lässt sich sagen: je größer die Gruppe der Versicherten, desto besser ist die Risikomischung, da sich die Folgen des individuellen Risikos, an einer Krankheit mit hohen Behandlungskosten zu leiden, auf mehr Schultern verteilen.<sup>37</sup> Deshalb ist es wichtig, alle sozialen Schichten einzubeziehen, denn bündelt eine Krankenversicherung nur Menschen mit geringem Einkommen oder hohem Krankheitsrisiko, droht sie entweder an zu geringen Einnahmen oder an zu hohen Ausgaben zu scheitern. Da die Gesundheitsrisiken über verschiedene Einkommensgruppen recht ungleich verteilt sind,<sup>38</sup> ergibt sich eine optimale Risikomischung erst durch eine allgemeine Versicherungspflicht, die alle sozialen Schichten erfasst.

Die Risikomischung ist eng mit der Finanzierungsgerechtigkeit eines Gesundheitssystems verbunden (Abb.1). In ihrem Jahresbericht 2000 schreibt die Weltgesundheitsorganisation WHO: „Die wichtigste Determinante für den Grad der Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems ... ist der Anteil der Vorfinanzierung an den gesamten Ausgaben. Direktzahlungen stellen gewöhnlich die regressivste Form der Bezahlung für Gesundheitsleistungen dar und setzen die Menschen am stärksten katastrophalen finanziellen Risiken aus.“<sup>39</sup> In Schwellen- und Entwicklungsländern sind diese dort besonders bedrohlich, wo ein großer Bevölkerungsteil in Armut lebt und gleichzeitig ein breites Angebot an medizinischen Versorgungsleistungen besteht. Dies ist zum Beispiel in Indien, Vietnam, Aserbaidschan, der Ukraine sowie in vielen Ländern Lateinamerikas der Fall.<sup>40</sup>

Das Verarmungsrisiko steigt mit dem Umfang der Gebühren und Zuzahlungen, die bei Nutzung des Gesundheitswesens anfallen.<sup>41</sup> Unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem besteht eine deutliche Korrelation zwischen dem Ausmaß der *out-of-pocket-payments* am Gesamtbudget und dem Anteil der Menschen, die ruinösen Ausgaben zur Erhaltung ihrer Gesundheit ausgesetzt sind.<sup>42</sup> In den meisten Entwicklungs- wie auch zunehmend in Industrieländern spielen Zuzahlungen im Krankheitsfall eine große Rolle. Seit der Bamako-Initiative 1987 erheben auch öffentliche Versorgungseinrichtungen teilweise erhebliche Gebühren von den Nutzerinnen und Nutzern, welche die knappen Zuwendungen aus dem Staatshaushalt ergänzen sollen. Doch in Anbetracht der geringen verfügbaren Einkommen in Entwicklungsländern stößt das Finanzierungsziel an enge Grenzen, in den meisten Ländern machen Zuzahlungen allenfalls 2-3 % des Gesundheitsbudgets aus.<sup>43</sup> Ähnliches gilt für die steuernden Wirkungen, die von *user fees* ausgehen sollen. Wirtschaftstheoretische Annahmen erhoffen sich von Zuzahlungen eine Eindämmung des opportunistischen Verbraucherverhaltens (*moral hazard*) im Gesundheitswesen. Doch sind in Entwicklungsländern üblicherweise die Opportunitätskosten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen so hoch, dass Zu-

<sup>35</sup> Vgl. Preker et al. 2002, S. 144.

<sup>36</sup> „Pooling is the accumulation and management of revenues in such a way as to ensure that the risk of having to pay for health care is borne by all the members of the pool and not by each contributor individually“ (WHO 2000, S. 96).

<sup>37</sup> Für das Modell einer aktuarisch fairen Versicherung muss eine ausreichend große Zahl von Personen versichert sein, die Risiken müssen voneinander unabhängig sein und ihre Eintrittswahrscheinlichkeit auf jeden Fall unter 1.

<sup>38</sup> Alle Gesellschaften weisen zum Beispiel in Bezug auf die gesunde Lebenserwartung einen klaren Abstand zwischen den besser Gestellten und den Angehörigen der unteren Einkommensgruppen auf, der in den relativ egalitären skandinavischen Ländern etwa fünf, in Deutschland zurzeit rund sieben, in den USA circa 20 und in etlichen Entwicklungsländern sogar noch mehr Jahre ausmacht (Marmot 2004, S. 320).

<sup>39</sup> WHO 2000, S. 113

<sup>40</sup> Xu et al. 2004, S. 114

<sup>41</sup> Kawabata et al. 2002, S. 612

<sup>42</sup> Xu et al. 2004, S. 115

<sup>43</sup> Arhin-Tenkorang 2000, S. 11; Creese 1997, S. 202 u.a.

zahlungen eher soziale Ausgrenzung der Armen und Kranken denn gezielte Steuerung bewirken.<sup>44</sup> Zumal die Befreiungs- und Ausnahmeregelungen, die für eine soziale Abfederung erforderlich sind, die meisten Entwicklungsländer erfahrungsgemäß vor kaum zu bewältigende Herausforderungen stellen.<sup>45</sup>

Unter bestimmten Umständen können *user fees* in Entwicklungsländern zu einer Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene beitragen. Bei bestehender Knappheit der finanziellen Zuwendungen eröffnen sie sowohl für öffentliche als auch für nicht-staatliche Einrichtungen die Möglichkeit, die zusätzlichen Einnahmen in den Ausbau der Infrastruktur und die Wartung der Geräte, für die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für eine verbesserte Medikamentenversorgung einzusetzen. Allerdings bedarf dies klarer Vorgaben über die Mittelverwendung, hinreichender Transparenz und einer gewissen Verwaltungskapazität in den Gesundheitseinrichtungen. Einfluss auf die Behandlungsqualität nehmen immer eine Reihe verschiedener Faktoren neben den Ressourcen. Daher sind mögliche Verbesserungen in der Versorgungsqualität auf Grund von Zuzahlungen nicht losgelöst von den kaum vermeidlichen negativen Effekten auf Zugang und Fairness zu betrachten.

Eine Kernaufgabe von sozialen Krankenversicherungen besteht gerade darin, zum Abbau der vielfach unüberwindlichen Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beizutragen, denen die anfälligsten Gesellschaftsgruppen ausgesetzt sind. Zuzahlungen stehen in gewissem Widerspruch zum Versicherungsprinzip, das auf Vorausfinanzierung und Risikostreuung beruht, und sollten daher allenfalls in kleinem Umfang als Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Finanzierungsgerechtigkeit und soziale Ausgewogenheit sind umso höher, je klarer die Beitrags- oder Gebührenerhebung von der Nutzung medizinischer Dienstleistungen getrennt ist.<sup>46</sup> Ein kollektives Ansparen für potenzielle Gesundheitsausgaben in Form eines Risiko-Pools bietet zusätzlich die Möglichkeit zur Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen wohlhabenderen und ärmeren Mitgliedern und damit zu sozialem Ausgleich.<sup>47</sup>

Private Krankenkassen wenden in der Regel risikoadaptierte Beiträge an, streben eine für die Versicherung gute Risikomischung an (*cream skimming*) und sind strukturell kaum dazu angelegt, einen relevanten Bevölkerungsanteil und insbesondere die Armen abzusichern. In Marktmodellen und Krankenversicherungssystemen mit starker privatwirtschaftlicher Komponente (USA, Schweiz, Chile, Kolumbien, Südafrika, Namibia) bestehen - wenn auch in recht unterschiedlicher Ausprägung - erkennbare soziale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine erhebliche finanzielle Bedrohung der ärmeren Haushalte durch Gesundheitsausgaben.<sup>48</sup> Private Krankenversicherungsmodelle werfen in aller Regel große Selektions- und Gerechtigkeitsprobleme auf, und die Kommerzialisierung des Gesundheitsmarktes durch private Anbieter kann gerade in Entwicklungsländern den sozialen Zusammenhalt gefährden.<sup>49</sup>

<sup>44</sup> Whitehead et al. 2001, S. 834; Holst 2004c, S. 148ff; Holst/Stierle 2005

<sup>45</sup> Shaw/Ainsworth 1996, S. 34; Hutton 2002, S. 15; Bitrán/Giedion 2003, S. 32 u.a.

<sup>46</sup> WHO 2000, S. 97

<sup>47</sup> Smith/Witter 2002, S. 5

<sup>48</sup> So erklärten in den *Vereinigten Staaten von Amerika* im Jahr 1999 eine halbe Million Bürgerinnen und Bürger wegen hoher medizinischer Behandlungskosten ihre Zahlungsunfähigkeit. Damit waren 40% der Konkurse in den USA durch Gesundheitsausgaben einzelner Haushalte verursacht (Gottlieb 2000, S. 1295).

In der *Schweiz* verarmt jede 30. Familie aufgrund von Gesundheitsausgaben, wobei dies überwiegend den einkommensunabhängigen „Kopfprämien“ für die Krankenversicherung und nur zu etwa einem Sechstel den Zuzahlungen zuzuschreiben ist (Murray/Evans 2003, S. 525f.).

In *Chile*, wo mehrere private Krankenkassen mit einer öffentlichen Sozialkasse konkurrieren, ist die Beitragsbelastung zwar einkommensabhängig, doch auf der Leistungsseite bestehen erhebliche finanzielle Defizite des Versicherungsschutzes. Die starke wirtschaftliche Belastung der Haushalte durch Gesundheitsausgaben ist bei den Privatkassen unvorhersehbarer und birgt ein hohes Verarmungsrisiko für erkrankte Bürgerinnen und Bürger. Die bestehende Sozialversicherung muss dieses Risiko für viele Chileninnen und Chilenen auffangen (Holst 2004c, S. 211ff, 226).

<sup>49</sup> Mackintosh 2003

## Chile

Das chilenische Gesundheitswesen ist seit der Reform von 1981 gemeinhin als Modell eines marktorientierten Systems bekannt. Die Einführung privater Krankenkassen sollte spürbare Effizienzgewinne bringen und zur Überwindung der bestehenden Versorgungs- und Finanzierungsengpässe beitragen. In den mehr als zwei Jahrzehnten seines Bestehens hat der private Krankenversicherungsmarkt indes vornehmlich erhebliche Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitmängel<sup>50</sup> sowie einen ausgesprochen geringen Beitrag zur universellen sozialen Sicherung gezeigt. Daher wandte sich die Diskussion zuletzt auch zunehmend dem öffentlichen Sektor zu, wo die wesentlichen Effizienzgewinne zu verzeichnen sind.<sup>51</sup>

Heute gehört Chile zu den wenigen Ländern Lateinamerikas, die praktisch eine universelle Absicherung der Bevölkerung gegenüber Erkrankungsrisiken bieten. Dies ist dadurch möglich, dass die öffentliche Sozialkasse ein Beitragssystem Bismarckscher Prägung mit der steuerfinanzierten Versorgung der Mittellosen entsprechend dem Beveridge-Modell verbindet. Alle formal Beschäftigten sowie Teile des informellen Sektors zahlen einkommensabhängige Beiträge für einen vergleichsweise breiten Versicherungsschutz. Die Armen sind ebenfalls über die öffentliche Krankenkasse abgesichert, die dafür umfangreiche Zuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln erhält. Abgesehen von gewissen konzeptionellen Einschränkungen und relativ hohen Zuzahlungen für die beitragszahlenden Mitglieder<sup>52</sup> gewährleisten beide solidarisch organisierten Teilsysteme zusammen eine progressive Finanzierung und eine wirksame Umverteilung bei der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung.<sup>53</sup> Vielfältige Befreiungs- und Ausnahmeregelungen im öffentlichen Gesundheitswesen schwächen die negativen sozialen Folgen und die Diskriminierung durch Zuzahlungen im Krankheitsfall ab.

Kleinstversicherungen wiederum können auf Grund ihrer geringen Größe und der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft nur eine geringe Risikomischung erreichen. Sie können sich schlechter als andere Versicherungsformen gegen die Effekte der adversen Selektion wehren, was bedeutet dass sie eher Personen mit höherem Risiko als solche geringerer Erkrankungswahrscheinlichkeit anziehen. Eine Häufung „schlechter Risiken“ hat direkte Auswirkungen auf den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken. Zudem verfügen Kleinstversicherungen in der Regel weder über nennenswerte finanzielle Mittel (aufgrund geringer Beitragseinnahmen) noch über die für ein professionelles Management erforderlichen Humanressourcen. Andererseits zeichnen sie sich durch Bürgernähe und Kundenorientierung aus und können ein Vehikel auf dem Weg zur sozialen Absicherung der ländlichen und informellen städtischen Bevölkerung darstellen. Vor allem größere Nichtregierungsorganisationen, Kooperativen oder Glaubensgemeinschaften haben das Potenzial, eine große Gruppe von Mitgliedern über die bestehenden Organisationsstrukturen zu versichern.

Im Hinblick auf Gerechtigkeit und universelle Absicherung gegen Gesundheitsrisiken bieten sowohl öffentliche, steuerfinanzierte Gesundheitsdienste als auch soziale Krankenversicherungen prinzipiell die besten Optionen.<sup>54</sup> Steuerfinanzierte Gesundheitsdienste erleichtern den Einschluss aller Bevölkerungsgruppen (universelle Absicherung), da Staatsbürgerschaft bzw. Aufenthaltsberechtigung über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmen. Der gesellschaftliche Ausgleich hängt dabei von der Umverteilungskapazität und Progressivität des Steuersystems ab. Gerade in Entwicklungsländern ist aber die Effektivität der Steuererhebung niedrig, und in Ländern mit großem informellem Sektor beruht der Staatshaushalt

<sup>50</sup> Holst/Laaser/Hohmann 2004, S. 282

<sup>51</sup> Liebig 2001, S. 18

<sup>52</sup> Holst 2004c, S. 155ff

<sup>53</sup> Bitrán/Giedion 2003, S. 62

<sup>54</sup> Vgl. Weber/Stierle/Hohmann/Schramm/Schmidt-Ehry/Holst 2004, S. 31, 39.

stärker auf indirekten (Konsumsteuer, Mehrwertsteuer etc.) als auf direkten Steuern (Einkommens- oder Körperschaftssteuer). Sozialversicherungssysteme gewährleisten aufgrund der einkommensabhängigen Beitragsgestaltung zwar sozialen Ausgleich und faire Belastung der Versicherten,<sup>55</sup> bedürfen jedoch erheblicher Anstrengungen zur Umsetzung einer allgemeinen Versicherungspflicht, um eine universelle Absicherung zu erreichen. Bestehen in einem Land mehrere Sozialversicherungsfonds, ist gesamtgesellschaftliche Fairness nur über einen Risikoausgleich zwischen den Fonds zu gewährleisten. Zudem sind die zur Absicherung der ärmsten Bevölkerungsschichten erforderlichen Quersubventionen kaum durch die Beiträge der formal Beschäftigten alleine aufzubringen. Im informellen Sektor sind einerseits angepasste Verfahren zur Gewinnermittlung und Beitragserhebung erforderlich, andererseits werden die meisten Entwicklungsländer kaum ohne Bezuschussung der Absicherung der Armen aus öffentlichen oder externen Mitteln auskommen.

---

<sup>55</sup> Diese ist allerdings in Folge der häufig anzutreffenden oberen Beitragsbemessungsgrenzen nicht in vollem Umfang wirksam, da sich der Umverteilungseffekt auf die unteren und mittleren Einkommen beschränkt und gut Verdienende nur mit einem Teil ihres Einkommens in die Pflicht genommen sind.

## Indien

Der Gesundheitssektor in Indien hat einen Anteil von rund 5% am Bruttoinlandsprodukt und wächst aufgrund der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung rapide. Dieses Wachstum hängt auch zusammen mit einem Anstieg von Zivilisationskrankheiten und der Ausbreitung von HIV/AIDS. Die öffentliche Gesundheitsquote Indiens liegt mit einem Prozent deutlich unter dem Durchschnitt anderer Entwicklungs- oder Schwellenländer. Weil die staatlichen Finanzierungsmechanismen nicht ausreichen, übernehmen private Dienstleister und Versicherungen immer größere Teile der Gesundheitsversorgung und –finanzierung.

In Indien sind zwar alle wesentlichen Finanzierungsmodelle anzutreffen, der weitaus größte Teil der Gesundheitskosten wird aber direkt von den Nutzern bezahlt. 87% der gesamten Gesundheitsausgaben bezahlen die Einwohnerinnen und Einwohner des Landes aus der eigenen Tasche; das Gros dieser Ausgaben entfällt auf Zuzahlungen im Krankheitsfall (84,6%).<sup>56</sup> Etwa ein Viertel der Inderinnen und Inder fallen auf Grund von Krankheitskosten in Armut, wobei die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Ärmsten etwa 2,5 Mal größer ist als die der besser Gestellten. Versorgungsmängel und steigende Kosten haben in den ländlichen Gebieten, aber auch in den großen Städten, zur Entstehung von Kleinversicherungen geführt. Diese kaufen entweder Produkte von den staatlichen Versicherungsunternehmen oder entwickeln eigene Versicherungspakete für ihre Mitglieder.

Auch die indische Regierung bemüht sich, durch politische Initiativen die breitenwirksame Entwicklung von Krankenversicherungen zu unterstützen. Bisher sind allerdings nur 10% der Bevölkerung Mitglied in einer Krankenversicherung. Die Bürgerinnen und Bürger, die keine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, leben oftmals ohne jeden Versicherungsschutz. Viele von ihnen können die von staatlichen oder privaten Versicherungsunternehmen angebotenen Policen nicht bezahlen. Die staatliche Sozialversicherung ist nur verpflichtend für bestimmte Gruppen im formellen Sektor (i.d.R. Regierungsangestellte und Beschäftigte in größeren Betrieben). Sie steht auch wegen der mangelnden Qualität in den zugehörigen Gesundheitszentren und der hohen Zuzahlungen und Prämien in der Kritik.

Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und auch armen Bevölkerungsschichten Zugang zu angemessenen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, bedarf es eines solidari-schen und fairen Finanzierungssystems. Dafür müssen auch im informellen Sektor die Voraussetzungen für eine effiziente Erhebung der Beiträge und die Bearbeitung von Versicherungsfällen geschaffen werden. Bisher stehen Kleinversicherungen nur einer relativ geringen Zahl von Inderinnen und Indern zur Verfügung. Für die Bevölkerung im informellen Sektor ist es entscheidend, dass ambulante Leistungen, Medikamente und indirekte Kosten von Erkrankungen (z.B. Transportkosten und Verdienstaufschläge) im Leistungspaket enthalten sind. Daher versuchen einzelne gemeindebasierte wie auch kommerzielle Krankenversicherungen innovative Produkte zu entwickeln, die auch die Bedürfnisse der armen Bevölkerung berücksichtigen.

<sup>56</sup> WHO 2000; S. 193

### 3. Grundwerte und Kernpunkte sozialer Krankenversicherungssysteme

Nationale Krankenversicherungssysteme kontinentaleuropäischer Prägung können auf eine mehr als 100-jährige Tradition zurückblicken. Mittlerweile auch in Ländern außerhalb Europas erprobt, liefern sie wichtige Impulse, Konzepte und Lernerfahrungen für den Aufbau und die Strukturierung von Gesundheitssystemen in Entwicklungs- und Schwellenländern. Soziale Krankenversicherungen basieren auf einem Verständnis von Gesundheit als gesellschaftlichem Gut, das sich von üblichen Marktprodukten abhebt. Sie gehen von einem interindividuellen, bedarfsorientierten Fairnessbegriff aus: Jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und erhält Leistungen nach seinem Bedarf.

#### **Soziale Fairness: Belastung nach Möglichkeiten, Inanspruchnahme nach Bedarf**

Dies unterscheidet sich grundsätzlich von dem individualistischen Ansatz, soziale Sicherheit in erster Linie durch den Aufbau persönlicher Rücklagen zu betreiben und die Verwendung eigens aufgebracht Mittel für die Versorgung anderer Menschen als unfair zu betrachten.<sup>57</sup> Soziale Krankenversicherungen zielen hingegen darauf ab, die Ausgrenzung bedürftiger Menschen zu überwinden. Bei adäquater Ausgestaltung verbessern sie auch die Chancengleichheit, Fairness und Kundenzufriedenheit im Gesundheitswesen. Über eine rein betriebswirtschaftliche Betrachtung hinaus können sie zur volkswirtschaftlichen Effizienz beitragen und erlauben bei effektiver Regulierung auch ein vernünftiges Zusammenspiel von öffentlichem Interesse und Marktmechanismen.

In vielen Entwicklungsländern geraten mittlerweile die traditionell hierarchischen Strukturen, wo ein Gesundheitsministerium an der Spitze die Geschicke aller untergeordneten Dienste und Einrichtungen bestimmt, zunehmend in die Kritik. Die zuständigen Ministerien konzentrieren sich zunehmend auf ihre regulatorischen Aufgaben, während die Verantwortlichkeiten für Verwaltungsabläufe, Finanzierung und Versorgungsgestaltung auf Leistungserbringer und Versicherer übergehen. Der dadurch entstehende, horizontale Aufbau der Gesundheitssysteme erfordert stärkere Verzahnung und partizipatives Management. Soziale Krankenversicherungen sind von ihrer Struktur her prinzipiell geeignet, eine adäquate Antwort auf die wachsende Komplexität der Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zu geben und dabei ein hohes Maß an Partizipation und Demokratie zu gewährleisten. Sie bieten vielfache Ansätze zur interdisziplinären und multisektoralen Zusammenarbeit ebenso wie für Programme der Prävention und Gesundheitsförderung.<sup>58</sup>

#### **Soziale Krankenversicherungen: Beitrag zur Bewältigung der interdisziplinären und multisektoralen Herausforderungen komplexer Gesundheitssysteme**

Durch variable Ausgestaltungsmöglichkeiten können sich soziale Krankenversicherungen an die jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen anpassen. Diese Flexibilität haben Sozialversicherungssysteme historisch mehrfach bewiesen. So hat die Sozialversicherung in Deutschland Kriege und Wirtschaftskrisen überstanden und ließ sich nach der deutschen Wiedervereinigung sehr kurzfristig auf die neuen Bundesländer übertragen. Das System steht auch weiterhin vor großen Herausforderungen und wird sich zukünftig verstärkt an die medizinisch-technologische, Einkommens- und demographische Entwicklung anpassen müssen.

<sup>57</sup> Saltman 2002

<sup>58</sup> Laaser 2002, S. 78-79

Die schrittweise Harmonisierung der recht unterschiedlichen europäischen Sozialsysteme in der Europäischen Union ist ein weiterer Beleg für ihre bedarfsgerechte Wandlungsfähigkeit, wobei die europäischen Gesundheitssysteme trotz aller Unterschiede übereinstimmende Grundmuster aufweisen. So besteht überall in Europa Versicherungspflicht, die Beiträge sind einkommens- und nicht risikoabhängig.<sup>59</sup> Versicherungs- und verwaltungstechnische Aufgaben unterliegen meist regierungsunabhängigen, selbstverwalteten öffentlichen Institutionen. Alle europäischen Sozialversicherungssysteme sind bestimmten gesellschaftlichen Werten verpflichtet, die auch für die Entwicklungszusammenarbeit bedeutsam sind.

### Südkorea

Die Republik Korea gehört zweifelsohne zu den herausragenden Beispielen für die erfolgreiche Einführung einer universellen Krankenversicherung. Gerade einmal 26 Jahre brauchte das ostasiatische Land von der Verabschiedung des *Health Insurance Act* im Jahr 1963 bis zur Einführung eines allgemeinen Versicherungsschutzes für die gesamte Bevölkerung.<sup>60</sup> Zunächst blieb der Abschluss einer Krankenversicherung bis 1977 freiwillig. Die ersten vierzehn Jahre dienten eher dem Aufbau funktionierender Strukturen denn zur Absicherung eines nennenswerten Bevölkerungsanteils.<sup>61</sup> Die Einführung des obligatorischen Krankenversicherungsschutzes setzte in Südkorea zunächst bei den formal beschäftigten Arbeitnehmern an und erfolgte nach dem Arbeitsplatzprinzip: Galt die Versicherungspflicht anfangs für Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern, senkte die Regierung die Schwelle sukzessive auf 300, 100 und schließlich 16 Beschäftigte. Parallel dazu erfasste das Sozialversicherungsgesetz um 1980 auch Staatsangestellte und Lehrer sowie in steigendem Umfang die Selbständigen auf dem Land wie in den Städten. Seit 1989 erstreckt sich die Krankenversicherungspflicht auf sämtliche Bevölkerungsgruppen.<sup>62</sup>

Einführung und Ausweitung des sozialen Krankenversicherungsschutzes standen selbstverständlich in engem Zusammenhang mit der Konkurrenz mit dem Bruderstaat Nordkorea und der politischen Legitimität des autoritären südkoreanischen Militärregimes.<sup>63</sup> So stand bei der Präsidentschaftswahl von 1987 die Erfassung der sozialen Wohlfahrtsprogramme im Mittelpunkt. Insgesamt trug die in den späten 1980er Jahren boomende Wirtschaftsentwicklung maßgeblich zum raschen Ausbau der sozialen Sicherungssysteme in Südkorea bei. Der nicht unerhebliche öffentliche Widerstand erlaubte lange Zeit nur recht niedrige Beitragssätze, Kehrseite dieser Politik waren hohe Zuzahlungen.<sup>64</sup> Fehlende horizontale Gerechtigkeit und chronische Finanzknappheit führten schließlich zur Vereinheitlichung des Krankenversicherungssystems.

Durch variable Ausgestaltungsmöglichkeiten können sich soziale Krankenversicherungen an die jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen anpassen. Diese Flexibilität haben Sozialversicherungssysteme historisch mehrfach bewiesen. So hat die Sozialversicherung in Deutschland Kriege und Wirtschaftskrisen überstanden und ließ sich nach der deutschen Wiedervereinigung sehr kurzfristig auf die neuen Bundesländer übertragen. Das System steht auch weiterhin vor großen Herausforderungen und wird sich zukünftig verstärkt an die medizinisch-technologische, Einkommens- und demographische Entwicklung anpassen müssen. Die schrittweise Harmonisierung der recht unterschiedlichen europäischen Sozialsysteme in

<sup>59</sup> Einzige Ausnahme ist die Schweiz mit nicht einkommensbezogenen Krankenkassenbeiträgen, allerdings gehört dieses Land nicht der Europäischen Union an.

<sup>60</sup> Kwon 2002, S. 75f

<sup>61</sup> Carrin/James 2003, S. 8

<sup>62</sup> Jung/Shin 2003, S. 278f

<sup>63</sup> van Ginneken 2003, S. 17

<sup>64</sup> *ibid.*

der Europäischen Union ist ein weiterer Beleg für ihre bedarfsgerechte Wandlungsfähigkeit, wobei die europäischen Gesundheitssysteme trotz aller Unterschiede übereinstimmende Grundmuster aufweisen. So besteht überall in Europa Versicherungspflicht, die Beiträge sind einkommens- und nicht risikoabhängig.<sup>65</sup> Versicherungs- und verwaltungstechnische Aufgaben unterliegen meist regierungsunabhängigen, selbstverwalteten öffentlichen Institutionen. Alle europäischen Sozialversicherungssysteme sind bestimmten gesellschaftlichen Werten verpflichtet, die auch für die Entwicklungszusammenarbeit bedeutsam sind.

**Soziale Krankenversicherung: Flexible und dynamische Antwort auf komplexe Anforderungen und Interessen**

### 3.1. Solidarität

Gegenseitige Hilfe und gesellschaftliche Solidarität haben eine lange Tradition, in Europa ebenso wie in anderen Teilen der Welt. Im Lauf der Jahrhunderte sind sie in Europa zu Eckpfeilern der wirtschaftlichen und sozialen Stabilität geworden. Solidarität ist eine entscheidende ethische und ökonomische Grundlage für Risikomischung, Umverteilung und gesellschaftlichen Konsens. Gerade vor dem Hintergrund der weltweit zunehmend ungleichen Einkommensverteilung bekommen Gerechtigkeit und Fairness neue Relevanz. In den ausgereiften Sozialversicherungssystemen sind sie im Solidarprinzip operationalisiert: Jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und erhält Leistungen nach seinen Bedürfnissen. In sozialen Krankenversicherungen kommt es zu einer Umverteilung von Gesunden zu Erkrankten und von besser Gestellten zu sozial schwächeren Versicherten. Gleichzeitig finanzieren die Jüngeren die Älteren mit, die Kinderlosen die Familien und die Beschäftigten die Erwerbslosen. Dabei kann im Bedarfsfall eine staatliche Subventionierung für die ärmsten Bevölkerungsschichten die einkommensabhängige Beitragsgestaltung in der sozialen Krankenversicherung ergänzen. Dies dürfte in den Entwicklungs- und Schwellenländern vor allem in der Einführungsphase, eventuell aber auch langfristig und in Zeiten wirtschaftlicher Rezession angebracht sein, um die Finanzierbarkeit der sozialen Sicherung im Krankheitsfall zu gewährleisten.<sup>66</sup> Umverteilung und bedarfsgerechter Leistungsanspruch stärken Patientinnen und Patienten (Nachfrageseite) gegenüber den Gesundheitsanbietern (Angebotsseite) und ermöglichen Armen den gleichen Zugang zu erforderlichen Leistungen wie Bessergestellten (*demand-side subsidies*).

**Soziale Krankenversicherung: Gerechtigkeit und Chancengleichheit durch Umsetzung des Solidarprinzips**

### 3.2. Pluralität von Funktion und Organisation

In den meisten Entwicklungs- und Schwellenländern setzten die Sozialreformen der letzten beiden Jahrzehnte in besonderem Maße auf Marktmechanismen und Wettbewerb, um die Effizienzprobleme der tradierten öffentlichen und staatlichen Systeme zu durchbrechen. Im Gesundheitswesen wurde die Trennung der Funktionen – Regulierung, Finanzierung und Bereitstellung der Leistungen sowie Kontrolle – ganz oben auf die Tagesordnung gesetzt. Verhandlungen und vertragliche Vereinbarungen zwischen verschiedenen Institutionen rückten zunehmend in den Mittelpunkt der Gesundheitssysteme und ihrer Reformen.

Die Aufgaben und Funktionen einer Krankenversicherung gehen weit über den bloßen Einzug und die Verwaltung der Beiträge hinaus. Mitgliederverwaltung, Bestimmung der Leis-

<sup>65</sup> Einzige Ausnahme ist die Schweiz mit nicht einkommensbezogenen Krankenkassenbeiträgen, allerdings gehört dieses Land nicht der Europäischen Union an.

<sup>66</sup> Carrin 2002, S. 58. Vgl. Kasten Chile

tungspakete, Akkreditierung von Anbietern und deren Honorierung sowie die Kontrolle der erbrachten Leistungen gehören zu den wichtigsten Punkten. Soziale Krankenversicherungen haben die Möglichkeit der selektiven Kontrahierung von Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten, von Versorgungsnetzen und anderen Einrichtungen. Außerdem können Sie unterschiedliche Verträge und Konditionen mit öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Leistungserbringern vereinbaren. In diesem Zusammenhang haben größere Fonds als Vertreter vieler Nutzer nicht nur eine günstige Verhandlungsposition im Sinne von Mengenrabatten oder anderen kostensenkenden Vertragsbedingungen, sondern auch eine stärkere Einflussnahme auf die Behandlungs- und Versorgungsqualität in den Gesundheitseinrichtungen. Zudem bestehen aktive Gestaltungsmöglichkeiten bei der Steuerung und den Finanzierungsmodalitäten innerhalb des Systems – Lotsenfunktion des Hausarztes, integrierte Versorgung, Art der Bezahlung für medizinische Leistungen, *internal markets*, etc. - und der Ausschöpfung von Schritten zur Kostendämpfung. Als Instrument zur effektiveren Gestaltung von Prozessen innerhalb der Institutionen und zur Steigerung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems sind soziale Krankenversicherungen ebenso wie steuerfinanzierte Gesundheitsdienste reinen Marktssystemen zweifelsohne überlegen.<sup>67</sup>

**Soziale Krankenversicherung: Erfüllung multipler Aufgaben bei der Organisation des Gesundheitsmarktes und beim Management der Gesundheitsversorgung unter Gewährleistung von Zugang, Fairness und Qualität.**

Gleichzeitig kann die soziale Krankenversicherung ihren Versicherten Wahlfreiheit einräumen und den Wettbewerb zwischen Gesundheitsanbietern fördern. Die Wahloptionen müssen sich keineswegs auf die Versorgung beschränken, sondern können sich – effektive Regulierung vorausgesetzt – auch auf die Krankenkassen erstrecken oder die Möglichkeit eröffnen, ein Pflichtsystem durch private Zusatzversicherungen zu ergänzen.<sup>68</sup>

### 3.3. Selbstverwaltung und Mitbestimmung

In vielen Ländern besteht konzeptionelle Unklarheit über die Bedeutung des Begriffs „öffentlich“, der oftmals mit „staatlich“ gleich gesetzt wird. Gerade die europäischen Sozialversicherungsorganisationen sind ein Beleg für das Funktionieren öffentlicher, nicht-staatlicher Einrichtungen: regierungsunabhängig, selbstverwaltet und mit autonomen Verhandlungs- und Entscheidungsbefugnissen ausgestattet, verwalten sie öffentliche, aus (Pflicht-) Abgaben der Mitglieder entstehende Ressourcen für deren Versorgung und unterliegen den Regelungen des öffentlichen Rechts. Dabei dürfen sie weder Schulden noch Gewinne machen und arbeiten nicht karitativ oder gemeinnützig.

Die Übernahme derartiger Versorgungsaufgaben durch nicht-staatliche, öffentliche Institutionen bedeutet nicht nur eine erhebliche Entlastung des Staates, sondern ermöglicht politische, organisatorische und vor allem finanzielle Unabhängigkeit bei der Entscheidung über Mitteleinsatz und Prioritäten. Das Gesundheitsministerium kann sich dann auf seine eigentlichen Aufgaben – Strategie und Regulierung – konzentrieren. Dadurch sind die Mittelallokation im Gesundheitswesen und die Leistungserbringung der staatlichen Einrichtungen erheblich effizienter und besser gegenüber kurzfristigen Akzentsetzungen und politisch motivierten Interessen geschützt. Außerdem kann durch die Funktionstrennung gerade gegenüber nationalen Gesundheitssystemen ein größerer Schutz vor Misswirtschaft und Korruption bestehen. Erfahrungen aus einigen Entwicklungsländern zeigen allerdings, dass nicht-staatliche, öffentliche Institutionen genauso korrupt sein können wie staatliche Institutionen.

<sup>67</sup> Wagstaff/Claeson 2004, S. 93ff.

<sup>68</sup> Näheres zum Kassenwettbewerb siehe Kapitel 6.

Nicht bloß Eigenverantwortung und Selbstkontrolle, sondern auch Transparenz und Mitbestimmung sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfolgreiches Funktionieren sozialer Krankenversicherungssysteme. Dies ist in vielen Entwicklungsländern kritisch zu beurteilen. Soziale Krankenversicherungen sind in erster Linie gegenüber ihren Mitgliedern verantwortlich und zur Offenlegung ihrer Finanzen sowie einer transparenten Geschäftsführung verpflichtet. Das erlaubt ein höheres Maß an Mitbestimmung und interner Kontrolle beispielsweise durch ein gewähltes Aufsichtsgremium, das sich weder politischen Mehrheitsverhältnissen noch der shareholder-value-Logik unterwerfen muss. Die per Beitragszahlung eingezogenen Gelder müssen soziale Krankenversicherungen im Interesse ihrer Mitglieder zur Finanzierung der erforderlichen Gesundheitsversorgung einsetzen. Anders als steuerfinanzierte Systeme nehmen soziale Krankenversicherungen ausschließlich zweckbestimmte Mittel ein. Im Gegensatz zu Privatkrankenkassen sind ihnen Profite untersagt, und ihr legaler Status gewährleistet größere Effektivität, Reichweite und Nachhaltigkeit als bei karitativen Aktivitäten zu erreichen ist.

### 3.4. Dezentralisierung und Subsidiarität

Im Zusammenhang mit Kontrollfunktionen ist natürlich auch die Frage nach Verantwortlichkeit und Entscheidungskapazität von großer Bedeutung. Zentrale Strukturen sind oftmals zu schwerfällig, zu langsam und zu abgehoben von den realen Problemen vor Ort. Die dezentrale Organisation sozialer Dienste bietet demgegenüber mehr Flexibilität und Nähe zu den Bedürfnissen der Menschen, allerdings auch die Risiken von hierarchischer Unklarheit sowie Heterogenität der Versorgung. Wirkliche Dezentralisierung funktioniert nur bei klarer Zuweisung von Verantwortlichkeiten, Entscheidungsbefugnissen und finanzieller Autonomie an die nachgeordneten Ebenen.

Um die dezentrale Aufgabenerfüllung effektiv zu organisieren, haben die westeuropäischen Länder das Subsidiaritätsprinzip in ihren sozialen Sicherungssystemen verankert. Subsidiarität bedeutet in Europa, Entscheidungsbefugnis und Verantwortlichkeit auf die niedrigst mögliche Ebene zu verlagern und damit regionalen und lokalen Institutionen gegenüber zentralen bzw. übergeordneten hierarchischen Strukturen Autonomie zu verleihen. In der Praxis stärkt Subsidiarität die Verantwortlichkeit und Selbstkontrolle dezentraler öffentlicher Verwaltungen, Dienstleistungen und lokaler Regierungen ebenso wie die der Zivilgesellschaft, der Haushalte und nicht zuletzt der Individuen.<sup>69</sup>

**Soziale Krankenversicherung: Subsidiärer als staatliche Gesundheitssysteme, effektiver als Kleinstversicherungen und armutsorientierter als private Versicherungsunternehmen**

Das Subsidiaritätsprinzip kommt im Gesundheitswesen beim Umgang der sozialen Krankenversicherung mit den übrigen Interessensgruppen zur Anwendung, sei es mit Ärztinnen und Ärzten, Kliniken oder Patientenverbänden. Honorar- und andere Verhandlungen sowie Vertragsabschlüsse zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern finden auf regionaler Ebene statt.<sup>70</sup> Soziale Krankenversicherungen treten dabei weder als (übermächtiger) Monolith auf, noch gehen sie als gewinnorientierte Privatunternehmen in die Verhandlungen mit den Vertragspartnern. Bei Organisation und Management der Gesundheitsversorgung gibt ihnen dies ausreichende Verhandlungs- und Entscheidungsspielräume für einen paritätisch ausgehandelten und effizienten Einsatz der verwalteten Mittel, von dem die einkommensschwachen Mitglieder in gleichem Maße profitieren wie die relativ Wohlhabenden.

<sup>69</sup> Weber et al. 2004, S. 26ff.

<sup>70</sup> Das zuständige Ministerium interveniert nur in den Fällen, in denen Verhandlungspartner keine Einigung erzielen oder deren Übereinkommen gegen geltende Bestimmungen verstößt.

#### 4. Staat und Privatwirtschaft im Gesundheitsmarkt

Gesundheit ist ein essentielles Menschenrecht und ein gesellschaftliches Gut, dessen Wahrung nicht ausschließlich in der Verantwortlichkeit privater Einrichtungen liegen sollte. Eine Auffassung von Gesundheitssystemen als Märkte trägt diesen Gegebenheiten nicht angemessen Rechnung, denn sie bilden einen unvollkommenen Markt, der sich durch eine Reihe von Besonderheiten auszeichnet und ohne Regulierung dem Risiko des Marktversagens ausgesetzt ist. So bestehen eine weit gehende Asymmetrie von Information und Macht zu Gunsten der Anbieter sowie beträchtliche Transparenzdefizite, die bei Einführung von Marktelementen zu bedenken sind. Gerade bei der Gesundheitsfinanzierung wirft Wettbewerb erhebliche soziale und ökonomische Probleme auf. „Kassenwettbewerb“ führt tendenziell zu Risikoselektion und „Rosinenpickerei“ (*cream skimming*), solange keine abweichenden Regulierungen oder Anreize bestehen. Er birgt die Gefahr, die Unterschiede zwischen arm und reich zu verschärfen und die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden zu unterhöhlen. Zudem führen Marktmechanismen keineswegs automatisch zu Kostensenkungen und mehr Effizienz, sondern vielfach zu höheren Koordinations- und Verwaltungskosten im Gesundheitswesen.<sup>71</sup>

Wettbewerb ist eher auf der Seite der Gesundheitsversorgung geeignet, Effizienzgewinne bei geringeren sozialen Kosten zu bewirken, vor allem wenn er nicht nur auf wirtschaftliche Aspekte abzielt, sondern auch die Qualität der Versorgung berücksichtigt. Soziale Krankenversicherungen sind in der Lage, unter Wettbewerbsbedingungen die flexible und vor allem bedarfsorientierte Nutzung und Kombination unterschiedlicher Leistungsangebote zu organisieren. Dazu können sie sowohl öffentliche als auch private Anbieter unter Vertrag nehmen, wobei für ein effizientes Nebeneinander angemessene Spielregeln von entscheidender Bedeutung sind, um unerwünschte Wirkungen von Markt und Wettbewerb abzufedern. Eine reine Marktwirtschaft folgt den Gesetzen von Angebot und Nachfrage, die den Preis der veräußerten Güter bestimmt, die wiederum den Zugang zu diesem Markt regulieren. Es ist leicht nachvollziehbar, dass diese Mechanismen im Fall eines kranken Menschen einer starken Verzerrung ausgesetzt sind, da hier keine echte Wahloption besteht und auch Preis- und Qualitätsvergleiche von Seiten des Verbrauchers von Gesundheitsleistungen in der Regel nicht möglich sind.

**Soziale Krankenversicherung: Ein ideales, weil regulierbares Instrument für einen Public-Private-Mix**

Andererseits sind auch bei sozialen Dienstleistungen Wahlmöglichkeiten für die Verbraucher und Wettbewerb zwischen den Anbietern von Bedeutung und können einen positiven Effekt auf das Angebot, die Motivation und vor allem die Versorgungsqualität ausüben. Gerade im Gesundheitswesen ist aber die vielfach anzutreffende Einordnung der Patientinnen und Patienten als „Kunden“ fragwürdig und trägt den gegebenen Ungleichheiten nicht ausreichend Rechnung, denn die Abhängigkeit im Krankheitsfall bleibt auch bei aufgeklärten und wohl informierten Patientinnen und Patienten immer bestehen. Diese Bedingungen sprechen für eine starke Rolle der öffentlichen Hand und angemessene Kontrolle durch staatliche Regulierungsmechanismen. Die kontinentaleuropäische Geschichte der sozialen Krankenversicherung weist allerdings überzeugend nach, dass ein Nebeneinander öffentlicher und privater Strukturen sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Leistungserbringung nicht nur funktionieren kann, sondern auch in vielerlei Hinsicht nutzbringend ist. Alle Gesundheitssysteme auf dem europäischen Festland weisen eine solche Mischung auf, wobei öffentliche wie private Institutionen überall einer weitgehenden und effektiven Regulierung unterliegen.

Es spielt im Prinzip eine nachgeordnete Rolle, ob die Leistungserbringung in privater oder öffentlicher Hand ist oder Mischsysteme vorliegen. Die kontinentaleuropäischen Krankenver-

<sup>71</sup> McKinnon 2004, S. 19

sicherungssysteme liefern sogar den beredten Beweis, dass der öffentlich-private Mix bei adäquater staatlicher Regulierung und Kontrolle sowie funktionierender Selbstverwaltung universelle Absicherung gewährleisten kann.<sup>72</sup> Dabei spielt die Privatwirtschaft insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer eine gewichtige Rolle. Doch auch der Kassenwettbewerb zwischen sozialen Krankenversicherungen sowie zwischen verschiedenen Kassenarten ist machbar und in etlichen Ländern bereits Realität.<sup>73</sup> In diesem wie in allen anderen genannten Punkten sind die lokalen, regionalen und nationalen Rahmenbedingungen für die Auswahl der jeweils am besten geeigneten Methode ausschlaggebend. Dies ist ein entscheidendes Moment bei der Beantwortung der sich in vielen Entwicklungsländern stellenden Frage nach der Beziehung öffentlicher Strukturen – Regierung, staatliche Organe, Sozialversicherung – zu privaten Akteuren. Ein seriöser, verlässlicher und transparenter Regierungsstil und eine klare Analyse von Chancen und Risiken der Marktmechanismen sind entscheidende Voraussetzungen für erfolgreiche Sozialpolitik.

**Soziale Krankenversicherung: Mehr Wettbewerb als staatliche Systeme, weniger soziale Härten als Privatassekuranzen.**

Unter diesen Bedingungen bieten soziale Krankenversicherungen eine Reihe von Vorzügen gegenüber Privatassekuranzen sowie im Vergleich mit staatlich organisierten Systemen. Zwar umfasst auch der *National Health Service* (NHS) in Großbritannien privatwirtschaftliche Elemente<sup>74</sup>, doch zeigte sich, dass die Integration von Wettbewerbselementen innerhalb eines staatlich organisierten Gesundheitswesens (*internal markets*) erhebliche Probleme aufwirft. Kanada vereinigt beispielsweise Steuerfinanzierung mit überwiegend privater Leistungserbringung, was zu etlichen Schnittstellenproblemen und Interessenskonflikten führt. Das Schweizer System mit seinen Einheitsbeiträgen für die Krankenversicherung führt hingegen trotz universeller Absicherung zu zunehmenden sozialen Verwerfungen und vor allem zur Verarmung der unteren Mittelschicht.<sup>75</sup> Im Vergleich zu beiden Systemen bieten soziale Krankenversicherungen offenkundige Vorzüge. Sowohl die Integration bestehender als auch der Aufbau neuer Marktstrukturen lassen sich im Rahmen von sozialen Krankenversicherungen organisch abwickeln, die selbstverständlich sowohl öffentliche als auch private Anbieter unter Vertrag nehmen können. Dabei stehen grundsätzlich sämtliche Ausgestaltungs- und Honorierungsformen zur Verfügung, die im Gesundheitswesen üblich und möglich sind: Globalbudgets, Gehaltszahlungen, Kopf- oder unterschiedliche Formen von Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung. Andere Optionen sind die selektive oder obligatorische Kontrahierung sowie die Anwendung von Wettbewerbselementen auf Seiten der Leistungserbringer durch die Krankenversicherung.

<sup>72</sup> Weber et al. 2004, S. 28f.

<sup>73</sup> Die Einführung eines funktionierenden und wirksamen Kassenwettbewerbs setzt vielfältige Bedingungen voraus, die in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern nur unzureichend realisierbar sind. Dazu gehören hinreichende Partizipation und Transparenz und verbrieft Rechte der Verbraucher (vgl. auch van de Ven/Randall 2000, S. 758f).

<sup>74</sup> Böcken et al. 2000, S. 80f.

<sup>75</sup> Murray, Evans 2003, S. 525f.

## 5. Ökonomische Auswirkungen der Sozialen Krankenversicherung

Ökonomisches Wachstum ist langfristig gesehen der wichtigste Faktor zur Verringerung der Armut.<sup>76</sup> Insbesondere in den 1990er Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass eine expandierende Wirtschaftsentwicklung auch zur Verschärfung von Ungleichheiten in vielen Ländern geführt hat.<sup>77</sup> Wirtschaftswachstum führt dann zu einer Armutsminderung, wenn es breitenwirksam ist (*pro-poor growth*), d.h. wenn die arme Bevölkerung an der positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung partizipiert.<sup>78</sup>

Unzureichende Bildung, Gesundheit und fehlende Absicherung bei Krankheit, in Not und im Alter benennen die Betroffenen als Hauptprobleme ihrer Armut. Verbesserungen in diesen Problembereichen tragen zum menschlichen Wohlergehen bei, stärken die Selbsthilfefähigkeit der Armen und erhöhen ihre Chancen, an der Wirtschaftsentwicklung teilzuhaben.<sup>79</sup> Krankheitsrisiken sind dabei von besonderer Bedeutung, schließlich ist ein erheblicher Teil der weltweiten Verarmung auf krankheitsbedingte finanzielle Belastungen zurückzuführen. Die WHO schätzt, dass Jahr für Jahr 178 Millionen Menschen für sie nicht tragbaren Gesundheitsausgaben ausgesetzt sind, und mehr als 100 Millionen darüber in Armut verfallen.<sup>80</sup>

Soziale Krankenversicherungen schützen private Haushalte vor den mit Krankheit verbundenen finanziellen Belastungen, die weit über die Höhe des verfügbaren Haushaltseinkommens hinausgehen können.<sup>81</sup> Insbesondere in dynamischen Volkswirtschaften wie China, Indien und Brasilien, in denen das wirtschaftliche Wachstum nicht nur eine stetige Erweiterung des Angebots an Gesundheitsleistungen, sondern auch deren Verteuerung mit sich bringt, besteht die Gefahr zunehmender Verarmung der Bevölkerung.<sup>82</sup> Tragfähige Krankenversicherungsmodelle können zur Armutsminderung beitragen, indem sie die Menschen im Krankheitsfall vor den ruinösen Gesundheitsausgaben und vor Einkommensverlust schützen<sup>83</sup> und zugleich armen Bevölkerungsgruppen einen gesicherten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen. Folglich leisten soziale Krankenversicherungen einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes weiter Teile der Bevölkerung und dadurch zur wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes.<sup>84</sup>

Darüber hinaus tragen soziale Krankenversicherungen und die Auszahlung von Krankengeld zu einer Stabilisierung des Einkommens und des individuellen Konsums bei. Auf der Makroebene kann dies – insbesondere wenn das System der sozialen Krankenversicherung mit Einkommensumverteilung einhergeht – eine gleichmäßigere und stabilere Nachfrage am

<sup>76</sup> Kraay 2004, S. 16

<sup>77</sup> Ardeni 2002, S. 4, 13, 16

<sup>78</sup> Man unterscheidet zwischen relativem und absolutem breitenwirksamem Wachstum (*pro-poor growth*). Relatives breitenwirksames Wachstum ist dann gegeben, wenn die arme Bevölkerung proportional mehr vom Wachstum profitiert als der nicht-arme Bevölkerungsteil. Das Wachstum schlägt sich also überproportional bei den Armen nieder und führt zum Abbau der Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich. Als absolutes breitenwirksames Wachstum gilt Wachstum, wenn es zu einer signifikanten Armutsminderung führt. Dabei ist es irrelevant, ob die reiche Bevölkerung vielleicht sogar noch stärker vom Wachstum profitiert. Absolutes breitenwirksames Wachstum kann also auch Einkommensunterschiede weiter vergrößern.

<sup>79</sup> BMZ 2005, S.31

<sup>80</sup> WHO 2004, S. 2: Es gibt allerdings Hinweise, dass z.B. in Vietnam der Verarmungseffekt von Gesundheitsausgaben eher die Armen noch ärmer macht als die Mittelschichten in Armut stürzt (Wagstaff/van Doorslaer 2001, S. 33).

<sup>81</sup> Brown/Churchill 1999, S. 1f

<sup>82</sup> Ha et al. 2003, S. 62

<sup>83</sup> WHO 2004, S. 2: Es gibt allerdings z.B. aus Vietnam Hinweise, dass der Verarmungseffekt von Gesundheitsausgaben eher die Armen noch ärmer macht als die Mittelschichten in Armut zu stürzen (Wagstaff/van Doorslaer 2001, S. 33).

<sup>84</sup> Eine Verbesserung des Gesundheitszustand der Bevölkerung erhöht u.a. die Arbeitsproduktivität und fördert in- und ausländische Investitionen (OECD/ WHO 2003: 20-22).

Binnenmarkt sichern.<sup>85</sup> Zudem erhöhen Krankenversicherungen die Planungssicherheit der Haushalte, indem sie das Risiko großer (Einkommens-)Verluste durch kleine regelmäßige Zahlungen ersetzen.<sup>86</sup> Erhöhte Planungssicherheit kann wiederum die individuelle Investitionsneigung fördern und somit die Einkommenschancen armer Haushalte verbessern. Krankenversicherungen bieten daher nicht nur finanzielle Sicherheit bei vorübergehenden krankheitsbedingten Ausfällen, sondern können auch zur Erzielung höherer Einkommen beitragen.

Gleichzeitig reduzieren Krankenversicherungen das Ausmaß entwicklungshemmender Bewältigungsmechanismen zur Begleichung der hohen Gesundheitskosten. Da arme Bevölkerungsgruppen auf finanziell bedrohliche Ereignisse oft nur mit Kreditaufnahme, dem Verkauf von Produktionsmitteln, dem Abbrechen des Schulbesuchs oder Mitarbeit der Kinder reagieren können, führt eine schwere Krankheit leicht zum wirtschaftlichen Ruin ganzer Familien. So bringen Kredite in der Regel hohe Zinsbelastungen mit sich, und die Mitarbeit der Kinder auf dem Feld oder im Gewerbe wirkt sich negativ auf deren Bildung aus.<sup>87</sup> Ähnlich gravierend ist der Verzicht auf produktive Investitionen oder Gesundheitsförderung. Durch die finanzielle Absicherung können soziale Krankenversicherungen indirekt auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Effekte entfalten, die weit über den Gesundheitssektor hinausgehen.

Bei Unternehmen sind soziale Krankenversicherungen in der Lage, die betriebliche Produktivität zu steigern, indem sie zur Gesunderhaltung der Belegschaft, zur Reduzierung krankheitsbedingter Ausfälle und bei Übernahme von Krankengeld zur Entlastung von Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall beitragen. Die häufig vorgebrachten Bedenken, der Arbeitgeberbeitrag zu sozialen Krankenversicherungen erhöhe die Arbeitskosten und verstärke so die Arbeitslosigkeit, greift zu kurz, da nicht die absoluten Kosten relevant sind, sondern die Lohnstückkosten. Diese beziehen sowohl absolute Lohnkosten als auch die Produktivität ein. Sofern soziale Krankenversicherungen Produktivitätsfortschritte erzielen, die den Lohnkostenanstieg ausgleichen, ergeben sich keine negativen Beschäftigungseffekte. Da Unternehmen im formalen Sektor in Entwicklungsländern häufig anfallende Gesundheitsausgaben ihrer Angestellten direkt übernehmen, können soziale Krankenversicherungen nicht nur zur Bewältigung der durch Krankheit entstehenden Kosten, sondern gegebenenfalls auch zu einer Verringerung der anfallenden Herstellungskosten beitragen.

Im Gesundheitswesen führen soziale Krankenversicherungen zu einer Erhöhung verfügbarer Ressourcen und unter Umständen zu einer verbesserten Allokation dieser Mittel. Somit kann von sozialen Krankenversicherungen ein positiver Einfluss auf die Zahl und Güte von Gesundheitsdiensten ausgehen. Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Wachstum und Armut kommt dem Gesundheitswesen nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil es in vielen Ländern (und selbst in den ärmsten Staaten) dieser Erde der größte und vielfach auch am stärksten expandierende Wirtschaftszweig ist. In China ist das Gesundheitsbudget zwischen 1996 und 2002 um 13% pro Jahr gewachsen und lag damit noch über dem relativ hohen gesamten Wirtschaftswachstum des Landes.<sup>88</sup> Eine Steigerung bzw. Stabilisierung der Nachfrage und Investitionen im Gesundheitssektor können allein durch direkte Wachstumseffekte einen Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung leisten. Darüber hinaus schätzt die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit (*Commission on Macroeconomics and Health*) der WHO, dass zusätzliche Investitionen von jährlich US\$ 66 Milliarden in die Ge-

<sup>85</sup> Vgl. von Hauff 2003, S. 98f. Bei Lampert und Althammer (2001, S. 294) heißt es dazu: „In dem Umfang, in dem das System sozialer Sicherung zu einer Umverteilung von Einkommen von den Beziehern höherer zu den Beziehern niedriger Einkommen führt, wird wegen der höheren durchschnittlichen und marginalen Konsumneigung der Bezieher niedriger Einkommen die gesamtwirtschaftliche Konsumquote erhöht und – wegen der zeitlichen Versteigerung der Haushaltseinkommen – die Entwicklung der Konsumausgaben im Konjunkturverlauf verstetigt.“

<sup>86</sup> Brown/Churchill 1999, S. 1-2

<sup>87</sup> Empirische Untersuchungen zeigen, dass nicht nur niedrige Einkommen, sondern auch vorübergehende starke Einkommensverluste die Wahrscheinlichkeit des Schulbesuchs negativ beeinflussen, wobei der letztgenannte Effekt teilweise sogar überwiegt (Jacoby und Skoufias 1995 und Sawada 1997).

<sup>88</sup> Zhao 2002, nach Meessen et al. 2003, S. 582

sundheitssysteme von Entwicklungsländern in den Jahren 2015 bis 2020 zu Erträgen von jährlich mindestens US\$ 360 Milliarden führen werden.<sup>89</sup>

Sozialpolitik und soziale Sicherung eignen sich besonders zum Ausgleich von Marktmängeln bzw. Marktversagen, wie sie gerade im Gesundheitswesen anzutreffen sind.<sup>90</sup> Die kontinentaleuropäischen Erfahrungen betonen dabei auch den Verteilungs- und Umverteilungseffekt sozialstaatlicher Sicherungssysteme, um Einkommensunterschiede systematisch zu berücksichtigen und gesamtgesellschaftlich zu ihrer Milderung beizutragen. Sozialstaatliche Politik sorgt insgesamt für gesellschaftliche Gerechtigkeit, Sicherheit und sozialen Frieden, die auch für die oberen Schichten erhebliche Vorteile mit sich bringen. Gesellschaftliche Gerechtigkeit und sozialer Frieden können sich außerdem in einer erheblichen Einsparung volkswirtschaftlicher Ressourcen niederschlagen.<sup>91</sup> Die Operationalisierung von vertikaler (zwischen verschiedenen Einkommensgruppen) und horizontaler Umverteilung (nach Alter, Familiengröße etc.) verleiht der Bekämpfung und Beseitigung der Armut durch soziale Sicherungssysteme eine besondere Dynamik und Nachhaltigkeit. Das kann nur verlässlich erfolgen, wenn die Umverteilung nicht freiwillig in Form „mildtätiger Gaben“, sondern als gesicherter Rechtsanspruch verbrieft ist.<sup>92</sup>

Der Zusammenhang zwischen Wachstum, Ungleichheit und Umverteilung ist allerdings theoretisch wie empirisch keineswegs eindeutig. Frühere Studien postulieren z.B. für Länder, die keinen Zugang zu internationalen Kapitalmärkten haben, einen positiven Zusammenhang zwischen Ungleichheit und Wachstum, z.B.: Je höher die Sparquote eines Landes ist, desto niedriger sind die Kosten für Kapital und desto höher ist die Investitions- und somit auch die Wachstumsrate. Da wohlhabendere Haushalte eine größere Sparneigung als ärmere Haushalte aufweisen, kann ein höheres Maß an Ungleichheit eine höhere Wachstumsrate mit sich bringen. Neuere Studien zeigen jedoch einen negativen Zusammenhang zwischen Ungleichheit und wirtschaftlicher Entwicklung: Je größer die dauerhaften Einkommensunterschiede in einem Land sind, desto geringer ist das wirtschaftliche Wachstum eines Landes und desto weniger kommt wirtschaftliches Wachstum den armen Bevölkerungsgruppen zu Gute.<sup>93</sup> Beispielsweise spiegeln sich Einkommensunterschiede oft im Zugang zu Bildung und Gesundheitsleistungen wider. Arme Bevölkerungsgruppen können es sich oft nicht leisten, ihren Kindern eine Schulbildung oder angemessene Gesundheitsversorgung zu ermöglichen – und dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die nächste Generation wirtschaftlich erfolgreich sein wird. Armut perpetuiert sich, wenn es keine sozialen Sicherungssysteme gibt, die umverteilend wirken und einzelne Risiken auffangen können.

Wie wichtig sozialer Ausgleich und die Vermeidung extremer gesellschaftlicher Gegensätze für die Entwicklung eines Landes sind, zeigt die Weltregion mit den größten sozioökonomischen Verwerfungen: In Lateinamerika<sup>94</sup> bremst die soziale Ungleichheit mittlerweile das wirtschaftliche Wachstum vieler Länder.<sup>94</sup> Die Interamerikanische Entwicklungsbank beschreibt drei Wege, auf denen soziale Ungleichheit und Ausgrenzung wachstumshemmend wirken: Die Produktivität der Armen und armer Regionen bleibt gering und verhindert ihre Wettbewerbsfähigkeit, die ungleich verteilte Infrastruktur grenzt Teile der Bevölkerung von der gesellschaftlichen Produktivkraft und der inländischen Nachfrage aus und wirkt sich zudem negativ auf Umwelt und natürliche Ressourcen aus.<sup>95</sup>

<sup>89</sup> Sachs 2001, S. 103f

<sup>90</sup> Diese „allokationstheoretische Begründung“ spiegelt in erster Linie den angelsächsischen Sozialstaatsansatz wider, während der „distributionstheoretische Ansatz eher die sozialstaatlichen Ansätze auf dem europäischen Festland bestimmt.

<sup>91</sup> Bouillon/Buvinic 2003, S. 7; von Hauff/Sauer 2003, S. 94

<sup>92</sup> Beveridge 1942, S. 296

<sup>93</sup> Ravallion 2001, S. 1809f und 2004, S. 11f; ECLAC/IPEA/UNDP 2002, S. 13

<sup>94</sup> ECLAC/IPEA/UNDP 2002, S. 13. Insbesondere im Hinblick auf mikro-ökonomische Ansätze deckt sich diese empirische Beobachtung auch mit theoretischen Überlegungen (Ravallion 2001, S. 1809).

<sup>95</sup> Bouillon/Buvinic 2003, S. 6f

## 6. Soziale Krankenversicherung: Ein Modell für Entwicklungsländer?

Für die Überwindung der Armut ist die Bereitstellung sozialer Grunddienste und der Aufbau von Strukturen der sozialen Sicherung unerlässlich, die den mittellosen Bevölkerungsgruppen Zugang zu qualitativ angemessenen und bezahlbaren Gesundheitsleistungen ermöglichen. Private Krankenversorgungs- und -versicherungssysteme sind zwar in den allermeisten Ländern vorhanden, beschränken sich aber meist auf die gut situierte Bevölkerung. Einen effektiven Beitrag zur universellen Absicherung können Privatkassen allenfalls dann leisten, wenn auch für sie Kontrahierungspflicht und Risikoausgleichsmechanismen bestünden. In den ärmeren Entwicklungsländern leisten vor allem freiwillige Kleinstversicherungen auf lokaler und genossenschaftlicher Ebene einen Beitrag zur sozialen Absicherung vor allem der Haushalte im informellen Sektor. Aufgrund ihrer geringen Größe, ihrer strukturellen Mängel, des fehlenden oder ungenügend qualifizierten Personals und der geringen Finanzkraft ihrer Mitglieder sind sie jedoch als eigenständige Systeme kaum überlebensfähig und langfristig nicht geeignet eine universelle Absicherung zu ermöglichen.

Um Armut durch geeignetes Management sozialer Risiken wirksam und dauerhaft zu bekämpfen, müssen pluralistische Sozialschutzsysteme geschaffen werden, in denen Initiativen zur lokalen Eigenverantwortung mit nationaler Zuständigkeit und Finanzierung kombiniert sind. Hierfür bedarf es einer Verknüpfung der Systeme für den formellen Sektor mit jenen des informellen Sektors, einer Annäherung zwischen staatlichen bzw. para-staatlichen und privaten Organisationen sowie der Verbindung zwischen den verschiedenen Versicherungsangeboten (Krankheit, Unfall, Alter, Erwerbslosigkeit, Ernte- oder Kreditausfall, Haftpflicht etc.) und den anderen Instrumenten der sozialen Sicherheit (Sozialtransfers, Gutscheine, Grundrente, Behindertenhilfe, HIV/AIDS-Programme etc.). Der Ausbau einer Grundsicherung und vor allem sozial gerechter Finanzierungssysteme ist eine vorrangige Herausforderung für die nationale Politik in Entwicklungs- und Schwellenländern.<sup>96</sup>

In der internationalen Entwicklungszusammenarbeit ist ein wachsender Bedarf an innovativen Ansätzen und sozialpolitischer Beratungskompetenz zu beobachten. Die soziale Krankenversicherung mit all ihren verschiedenen Ausprägungen steht dabei für ein mögliches Gesundheitsfinanzierungsmodell, das vermehrt internationale Aufmerksamkeit erfährt. Einen Beleg dafür liefert die WHO-Resolution "*Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*", die im Mai 2005 von der 58. Weltgesundheitsversammlung in Genf verabschiedet wurde.<sup>97</sup> Auch die Globale Kampagne der ILO, die unter der Bezeichnung "*Social Security and Coverage for All*" bekannt ist, trägt diesem wachsenden Bedarf Rechnung.<sup>98</sup> Neben den genannten multilateralen Organisationen beschäftigen sich auch die Weltbank, die Europäische Union und die Asian Development Bank zunehmend mit Themen der sozialen Sicherheit und einer gerechten Finanzierung im Gesundheitssektor.

In den letzten Jahren haben viele Kooperationsländer aus allen Weltregionen Beratung über Gesundheitsfinanzierung und soziale Krankenversicherungen nachgefragt, darunter Chile, China, Ghana, Indien, Indonesien, Jemen, Kambodscha, Kenia, Philippinen, Syrien, Tansania und Vietnam. Gleichzeitig können Länder wie Südkorea, Costa Rica, Mexiko und Chile auf langjährige Erfahrungen und Erfolge mit sozialen Krankenversicherungen zurückblicken und bieten sich als regionale Kooperationspartner für gemeinsame Entwicklungsprojekte an. In der deutschen Entwicklungszusammenarbeit finden sie einen kompetenten Partner für die internationale Zusammenarbeit, der aufgrund der eigenen nationalen und historischen Erfahrungen auf diesem Gebiet komparative Vorteile zu bieten hat. Das deutsche Beratungsangebot zielt darauf ab, mit solidarischen und gleichzeitig nachhaltigen Systemen mittel- und langfristig Armut zu bekämpfen und breitenwirksames Wachstum zu unterstützen.

<sup>96</sup> vgl. Gsänger S. 2-5

<sup>97</sup> WHO 2005d oder [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr\\_wha06/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wha06/en/index.html) bzw. [http://www.who.int/health\\_financing/en/](http://www.who.int/health_financing/en/)

<sup>98</sup> <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/campagne/>

Auch im Bereich Kleinstversicherung bietet die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ein beachtliches Angebot. Neben der Finanzierung von Gesundheitsleistungen verfolgen die Ansätze auch die Verringerung anderer relevanter gesellschaftlicher Risiken. Sozialfonds sowie Gutscheinsysteme im Gesundheitsbereich gehören ebenfalls zum Angebot der finanziellen Zusammenarbeit aus Deutschland. Die Förderung und Stärkung von Kleinstversicherungen kann unter geeigneten Bedingungen nicht nur unmittelbar die Absicherung bestimmter Bevölkerungsgruppen gegen Erkrankungsrisiken verbessern, sie ist auch ein wichtiger Schritt bzw. eine bedeutsame Ergänzung zum Aufbau sozialer Krankenversicherungssysteme. In einigen Ländern liegen bereits Erfahrungen mit Verknüpfungsansätzen unterschiedlicher Finanzierungssysteme vor.<sup>99</sup> Diese Finanzierungsansätze stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern können sich sinnvoll ergänzen. Hier bietet sich der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ein vielseitiges und Erfolg versprechendes Betätigungsfeld, um den Aufbau und das Funktionieren nachhaltiger Gesundheitsfinanzierungssysteme aus finanzieller, technischer und personeller Sicht zu fördern.

Angesichts der Bedeutung von Gesundheitsfinanzierung für die Verringerung von Armut soll die finanzielle Zusammenarbeit in diesem Bereich ausgebaut werden. Unter Voraussetzung der Erfüllung bestimmter Rahmenbedingungen sind verschiedene Finanzierungsansätze zur Unterstützung des Aufbaus von Krankenversicherungssystemen denkbar, die von der Übernahme eines Teils der Aufwandskosten des Versicherungssystems, über die Ausweitung des Zweigstellennetzes sowie des Leistungsumfangs, die Finanzierung von Akkreditierungsprozessen zur Qualitätssicherung und –verbesserung der Leistungserbringer, die Finanzierung von Kampagnen zur Bewusstseinsveränderung bei den ärmeren Bevölkerungsgruppen bis hin zur Bereitstellung von Beteiligungskapital und Einzahlung in eine Rückversicherung reichen. Ein weiteres Betätigungsfeld liegt in der Zusammenarbeit mit dem Privatsektor. Bei der wachsenden Unterstützung von Kleinstversicherungen durch internationale Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen dürfen jedoch Gerechtigkeitsaspekte für das Gesamtsystem nicht außer Acht gelassen werden. Durch die Integration in bzw. Kombination mit bestehenden Sozialversicherungssystemen könnten interessante Verbindungen zwischen dem Solidar- und dem Äquivalenzprinzip hergestellt werden.

Die Entwicklungszusammenarbeit sollte auf keinen Fall mechanistisch vorgehen und Erwartungen wecken, sie könne in diesem Bereich fertige Konzepte und Modelle liefern. Für derartige Ansätze ist der Bereich der sozialen Sicherheit und Gesundheitssystementwicklung nicht geeignet. Da jedes System sich an den herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen und Gegebenheiten orientieren muss, kann es auch kein Standardmodell einer funktionierenden sozialen Krankenversicherung geben, das als Blaupause universell anwendbar wäre. Hinter dem Begriff „soziale Krankenversicherung“ steckt ein flexibles, pluralistisches Konzept, das die Anpassung an unterschiedliche Bedingungen erlaubt und einer schrittweisen Einführung bedarf. Es gibt jedoch „konstituierende Elemente“ bzw. Voraussetzungen für das Funktionieren von sozialen Krankenversicherungen (siehe Kapitel 3 und 7), die in manchen Entwicklungsländern in absehbarer Zeit nur schwer zu erreichen sein werden. In diesen Ländern bietet die soziale Krankenversicherung als einziges Instrument kurzfristig sicherlich keine adäquate Lösung bestehender Finanzierungsprobleme. Hier sind alternative Optionen in Erwägung zu ziehen, beispielsweise Kleinstversicherungen, Steuerfinanzierung oder spezifische Programme aus Gebermitteln. Auch sind die Kosten zu berücksichtigen, die durch den Umbau eines bestehenden Systems entstehen können. Die wichtigste Voraussetzung für die Einführung einer sozialen Krankenversicherung ist eine klare Entscheidung des Partnerlandes für ein solches System. Darüber hinaus spielen politischer Wille und Ausdauer, Akzeptanz bei der Bevölkerung und eine realistische Einschätzung von Chancen und Möglichkeiten eine entscheidende Rolle. Wie auch in anderen wirtschaftspolitischen Reformbereichen sind *Good Governance* und *Stewardship* wichtige Rahmenbedingungen für die Einführung und Unterstützung von sozialen Krankenversicherungen, die ein erhebliches Maß an Dezentralisierung von Ressourcen und Verantwortlichkeit mit sich bringen. Insbesondere können wirksame Absicherungsstrukturen auch die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit oftmals in-

<sup>99</sup> Hohman et al, 2005

effizienter öffentlicher Einrichtungen herausfordern und zu Qualitätsverbesserungen beitragen. Zusätzlich können soziale Krankenversicherungen die Autonomie staatlicher Dienstleister erhöhen und zu einer effizienteren Betriebsführung beitragen, sofern eine leistungsbezogene Vergütung erfolgt.

**Soziale Krankenversicherung: Kein Pauschalrezept – aber ein universell anwendbarer und anzupassender Baukasten**

Trotz des gestiegenen Interesses an sozialen Krankenversicherungen stößt das dahinter stehende Konzept in manchen Entwicklungsländern auch auf Skepsis. Bei vordergründiger Betrachtung erscheint es als Modell der reichen Industriestaaten. Diese Auffassung blendet aus, dass die Einführung der sozialen Sicherungssysteme in den europäischen Ländern in einer Zeit begann, als diese allenfalls den Standard von Mittel-, wenn nicht gar Niedriglohnländern hatten.<sup>100</sup> Das wirtschaftliche Wachstum in Europa, in Japan und andernorts war eng mit der Entwicklung der Sozialversicherungen verbunden, so dass zumindest von einer gegenseitigen Beeinflussung und Förderung auszugehen ist.

Ferner bestehen vielfach Zweifel, ob Krankenversicherungen für arme Menschen und für solche in informellen Arbeitsverhältnissen eine angemessene Lösung darstellen. Andererseits sind gerade die gesellschaftlichen Gruppen mit geringer Kaufkraft besonders hart von hohen privaten Zahlungen betroffen, die gerade in armen Ländern einen erheblichen und vielfach sogar den überwiegenden Teil der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen.<sup>101</sup> Diese Erfahrung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Akzeptanz von Versicherungssystemen, denn mittlerweile liegen deutliche Hinweise vor, dass auch die Bedürftigsten einen Teil ihres Einkommens für den Krankheitsfall zurücklegen beziehungsweise ansparen können und wollen.<sup>102</sup> Diese Bereitschaft steigt mit dem Bildungsstand der Personen, ist bei jüngeren Menschen stärker ausgeprägt als bei älteren<sup>103</sup> und vielfach mit dem Wunsch nach verbesserter Versorgungsqualität verbunden.<sup>104</sup> Neuere Untersuchungen belegen, dass der wirtschaftlich aktive informelle städtische Sektor durchaus am Abschluss einer Krankenversicherung interessiert ist und die entsprechende Zahlungsbereitschaft mit steigendem Einkommen steigt.<sup>105</sup> Eine Herausforderung stellt aber gerade die Einbeziehung des von Armut am stärksten betroffenen Teils der Bevölkerung in Systeme der sozialen Sicherheit dar.

**Soziale Krankenversicherung: Bezahlbarer und nachhaltiger Schutz vor Verarmung und möglicher Schritt zur Formalisierung der Arbeitsverhältnisse**

Die finanzielle Bürde bei der Einführung von sozialen Krankenversicherungen sollte in Entwicklungs- und Schwellenländern daher nicht alleine auf Arbeitgebern und Arbeitnehmern bzw. den Selbstständigen lasten.<sup>106</sup> Im Hinblick auf eine zügige Verbreiterung der Versicherungsbasis eines derartigen Systems unter vorrangiger Einbeziehung der armen und mittello-

<sup>100</sup> Carrin/James 2003, S. 13.

<sup>101</sup> Arhin-Tenkorang 2000, S. 5; Holst 2004, S. 130ff

<sup>102</sup> Agyemang-Gyau 1998, S. 65, 76; Zeller/Sharma 1998, S. 20; Arhin-Tenkorang 2000, S. 39; Baraldes/Carreras 2003, S. 17; Asgary et al. 2004

<sup>103</sup> Jütting 2003, S. 10, 21

<sup>104</sup> Okello/Feeley 2004, S. 2 bzw. Gertler/Hammer 1997, S. 11f

<sup>105</sup> Madueño et al. 2004, S. 50, 54

<sup>106</sup> Üblicherweise verteilt sich die Finanzierung paritätisch auf Arbeitgeber und Beschäftigte, doch vielerorts trägt der Arbeitgeber einen höheren Anteil. Selbständig/Erwerbstätige kommen in der Regel alleine für ihre Beiträge auf; in manchen Ländern steuert der Fiskus einen bestimmten Anteil bei.

sen Bevölkerung sowie der Verhütung und Bekämpfung der epidemiologisch relevantesten Krankheiten dürften ergänzende Ressourcen unerlässlich sein. Die Einführung eines universellen Krankenversicherungsschutzes wird in den allermeisten Fällen die Einbeziehung eines variablen steuerfinanzierten Anteils sowie ggf. internationaler Gelder oder anderer Subventionen erforderlich machen.<sup>107</sup> Damit nähern sich die in Kapitel 3 idealtypisch beschriebenen Modelle der Gesundheitsfinanzierung einander an und kombinieren unterschiedliche Finanzierungsinstrumente (Steuern, Beiträge und sonstige Zuwendungen), um den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung zu verbessern und Armut zu reduzieren.

**Soziale Krankenversicherung erlaubt die Kombination aus Beitragsfinanzierung und Steuersubvention zur Finanzierung bestimmter epidemiologischer Erfordernisse (Impfungen, HIV/AIDS etc.) und zur Absicherung der Armen**

Alle Zwischengutachten zum Stand der MDG stimmen darin überein, dass ohne deutliche Aufstockung der Ressourcen allerdings in den meisten armen Ländern dieser Erde keine spürbare Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erwarten ist.<sup>108</sup> Anstelle einer gezielten finanziellen Unterstützung für die Armen ist die Absicherung der Bevölkerung gegenüber gesellschaftlichen und insbesondere krankheitsbedingten Risiken in Verbindung mit Investitionen in Bildung und Infrastruktur aber häufig der kosteneffektivere Weg zur Verringerung der Armut. Finanzielle Transferleistungen (*Cash Transfers* oder Gutscheine) können allerdings in Ergänzung zu den genannten Investitionen oder in der Aufbauphase als wichtiger Bestandteil einer sozialen Krankenversicherung erforderlich sein, um deren Wirksamkeit zu erhöhen und insbesondere diejenigen sozial abzusichern, die anfangs von den Sozialsystemen ausgeschlossen bleiben.<sup>109</sup>

Grundsätzlich bieten sich soziale Krankenversicherungen für eine Kanalisierung öffentlicher Mittel an. Instrumente, wie beispielsweise die Programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung (PGF)<sup>110</sup> oder Gutscheinvergabe, können den Aufbau sozialer Sicherungssysteme unterstützen bzw. ergänzen. Ähnliches gilt für einen effektiven und zielgerichteten Einsatz internationaler Hilfsgelder, die beispielsweise der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) zur Verfügung stellt oder wie sie in Folge großer Naturkatastrophen (wie zuletzt in Süd- und Südostasien) anfallen können. In der Diskussion um innovative Finanzierungsinstrumente hat zudem die britische Initiative zur Implementierung einer internationalen Finanzierungseinrichtung (*International Finance Facility*, IFF) großes Interesse bei den europäischen Regierungen gefunden.<sup>111</sup> Kerngedanke des Vorschlags ist eine zeitliche Vorverlagerung von Finanzierungszusagen, um so kurzfristig zusätzliche Mittel verfügbar zu machen.<sup>112</sup> Da die IFF lediglich einen Finanzierungsmechanismus darstellt und analog zum GFATM nicht strukturbildend tätig werden kann, würde sich eine Kanalisierung von Mitteln der IFF, welche der Förderung des Gesundheitssektors zugute kommen sollen, über soziale Krankenversicherung anbieten.

Sozialversicherungsstrukturen können nicht nur als effizienter Abwicklungsmechanismus für derartige Gelder geeignet sein, sondern erlauben auch einen gezielten, wirkungsorientierten Mitteleinsatz für Prävention und krankheitsvermeidende Maßnahmen. Der demokratische

<sup>107</sup> vgl. auch Carrin 2002, S. 68

<sup>108</sup> Siehe vor allem WHO 2005c, S. 13ff

<sup>109</sup> Zeller/Sharma 1998, S. 26

<sup>110</sup> Programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung (PGF) bezeichnet die gemeinschaftliche Finanzierung von allgemeinen oder sektoralen Reformprogrammen sowie entsprechender Staatsausgaben durch mehrere Geber.

<sup>111</sup> HM Treasury/ DFID 2003

<sup>112</sup> KfW 2005, 4-5

und partizipative Aufbau sozialer Krankenversicherungen bietet dabei erhebliche Vorteile für die Transparenz der Entscheidungsprozesse und die Kontrolle der Ressourcenverwendung. Die internen wie externen Rechenschaftsmechanismen erschweren Korruption und politische Vereinnahmung ebenso wie Missbrauch und kurzfristiges Gewinnstreben. Zudem zeigt die international vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, dass Krankenversicherungssysteme in Krisenzeiten weniger kürzungsanfällig sind als steuerfinanzierte Systeme.<sup>113</sup> Denn im Unterschied zu nationalen Gesundheitssystemen, die finanziell vom Staatshaushalt abhängig und daher in Krisenzeiten der Gefahr von Kürzungen ausgesetzt sind, bezahlen soziale Krankenversicherungen die gewährten Leistungen im wesentlichen aus den eigenen Einnahmen und sind somit relativ unabhängig von fiskalen Einnahmeschwankungen. Damit liefern soziale Krankenversicherungen eine entscheidende Voraussetzung für die Stabilität und Nachhaltigkeit selbst kurz- oder mittelfristig aufgebraachter Ressourcen.

---

<sup>113</sup> Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992, S. 684ff

## 7. Erfolgreiche Umsetzung

Das große Potenzial sozialer Krankenversicherungen für die erfolgreiche Armutsminderung und wirtschaftliche Entwicklung eines Landes macht die Förderung und den Aufbau sozialer Sicherungssysteme gegen finanzielle Krankheitsfolgen zu einer viel versprechenden Investition im Sinne der weltweiten Überwindung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Immer mehr Entwicklungs- und Schwellenländer streben daher die Einführung sozialer Krankenversicherungen oder die Ausweitung bestehender sozialer Sicherungssysteme an, die mittel- oder langfristig flexible Möglichkeiten einer universellen Absicherung der Gesamtbevölkerung bieten. Davon sind die meisten Entwicklungs- und auch Schwellenländer allerdings zum heutigen Zeitpunkt noch weit entfernt. Gleichzeitig gibt es aber kaum ein Land, das nicht zumindest einer kleinen Gruppe von Bürgerinnen und Bürgern verpflichtenden Krankenversicherungsschutz bietet.<sup>114</sup> Der Aufbau von funktionsfähigen und nachhaltigen Systemen der sozialen Krankenversicherung in Entwicklungsländern stellt einen anspruchsvollen, aber durchaus realisierbaren Ansatz dar. Die Herausforderungen, denen Geber- und Kooperationsländer gegenüberstehen, lassen sich unter den folgenden Punkten zusammenfassen:

- Entwicklung länderspezifischer Lösungen
- Gestaltung des grundlegenden Leistungspakets
- Einschluss in soziale Sicherungssysteme und nachhaltige Finanzierung
- Gute Regierungsführung und Verantwortlichkeit
- Gesellschaftlicher Konsens und gesellschaftliche Akzeptanz
- Sektorale und multisektorale Koordinierung der Reformbemühungen

### 7.1. Entwicklung länderspezifischer Lösungen

Soziale Krankenversicherung stellt ein flexibles Konzept dar, welches stets an länderspezifische Gegebenheiten anzupassen ist. Die Erfolgchancen hängen zudem stark von den Voraussetzungen und den jeweiligen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern ab. Daher kann es kein allgemein einsetzbares Modell oder gar eine Blaupause für die Einführung von sozialen Krankenversicherungen geben. Aber gerade hier liegen entscheidende strategische Vorteile dieses Konzepts, das ausgesprochen flexible Gestaltungsmöglichkeiten bietet und sich in den vielfältigen Typen von Wohlfahrtsstaaten niederschlägt. Jedes einzelne Sicherungssystem zeichnet sich durch eigene konzeptionelle, politische und technische Aspekte sowie bestimmte Vorgehensweisen in der sozialen Sicherung aus.<sup>115</sup>

Ausmaß und Geschwindigkeit der Einführung sozialer Krankenversicherungen hängen eng mit der **ökonomischen Lage** eines Landes und insbesondere der **Struktur des Arbeitsmarktes** zusammen. Weltweit steht nicht einmal die Hälfte der arbeitsfähigen Bevölkerung in einem formalen Beschäftigungsverhältnis, wobei große Unterschiede zwischen und teilweise auch innerhalb der einzelnen Staaten bestehen.<sup>116</sup> In vielen Entwicklungsländern stellt die weitgehende und zunehmende Informalisierung des Arbeitsmarktes besondere Anforderungen an den Aufbau und vor allem an die Ausweitung sozialer Krankenversicherungen. Denn das Verhältnis zwischen formalem und informellem Arbeitsmarkt spielt für den Verwaltungsaufwand und die Einziehung der Mitgliedsbeiträge eine wichtige Rolle. Je größer der informelle Sektor, desto aufwändiger gestalten sich Festlegung und Einzug der Beiträge. Eng mit der Informalität der Erwerbstätigkeit und den beschränkten Einkommensoptionen gekoppelt

<sup>114</sup> Oftmals handelt es sich dabei in erster Linie um Angehörige von Militär und Polizei, Beamte und Staatsangestellte; vielfach bestehen aber auch soziale Sicherungssysteme für formal Beschäftigte der Privatwirtschaft.

<sup>115</sup> Weber et al. 2004, S. 28, Esping-Andersen (1990), Scharpf/Schmidt (2000)

<sup>116</sup> BMZ 2002a, S. 5

ist der **Urbanisierungsgrad** in einem Land. Je geringer der Bevölkerungsanteil in den Städten und je verstreuter eine Bevölkerung angesiedelt ist, desto schwieriger gestalten sich die Einziehung und Verwaltung der Beiträge und die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung. In der Regel ist die Einführung sozialer Krankenversicherungssysteme in Entwicklungsländern für den formellen Sektor und die städtische Bevölkerung einfacher, kostengünstiger und kurzfristiger zu erreichen als die Ausweitung des Versicherungsschutzes auf ländliche Gebiete. Zudem besteht besonders in den Metropolen im wirtschaftlich aktiven, aber generell unterversicherten informellen Sektor eine hohe Bereitschaft zum Abschluss einer Krankenversicherung und Zahlung mehr als geringfügiger Beiträge.<sup>117</sup>

## 7.2. Gestaltung des grundlegenden Leistungspakets

Selbstverständlich müssen die Finanzierbarkeit einer sozialen Krankenversicherung und die Zahlungsfähigkeit der Versicherten sichergestellt sein. Die erforderlichen Ressourcen stehen dabei in direktem Verhältnis zum Umfang und zur Komplexität der angebotenen Leistungen. Soziale Krankenversicherungen erlauben die Anpassung der Leistungspakete an die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen sowie die spezifische Ausrichtung auf epidemiologische Besonderheiten und Risiken verschiedener Bevölkerungs- oder Berufsgruppen. Das ist vielfach bereits mit einem relativ rudimentären Leistungspaket zu erreichen, sofern dies eine Besserstellung der benachteiligten Bevölkerung darstellt.<sup>118</sup> Dabei muss es das Ziel der Entwicklungspolitik bleiben, die Versorgung der armen und potenziell von Armut bedrohten Bevölkerung mit lebensnotwendigen Gütern und Dienstleistungen zu gewährleisten. Eine Beschränkung der Gesundheitsversorgung im Sinne von Mangelverwaltung mag vorübergehend unvermeidbar erscheinen, aber langfristig ist sie inakzeptabel. Zwar ermöglichen knappe Ressourcen zumindest in der Aufbauphase in den meisten Fällen nur eingeschränkte Leistungspakete, dennoch sollten soziale Krankenversicherungen prinzipiell die Ausweitung auf universelle und integrale Absicherung vorsehen.

Wichtig ist dabei die ausgewogene Berücksichtigung drängender epidemiologischer Probleme, gesellschaftlich wünschenswerter Verbesserungen der Versorgung und nicht zuletzt des gefühlten Bedarfs der jeweiligen Zielgruppen. In der Vergangenheit haben viele Länder Krankenversicherungssysteme eingeführt, die primär Schwangerschaftskontrollen, sowie die fachliche Betreuung und Nachsorge von Geburten absicherten. Ein standardisiertes Leistungspaket für Sozialversicherungen in Entwicklungsländern, wie es beispielsweise die Weltbank mit ihrem „Essential Care Package“ propagiert hat, wird den unterschiedlichen Voraussetzungen und Herausforderungen allerdings nur ansatzweise gerecht. Wichtiger als die Orientierung an Vorgaben internationaler Geberorganisationen sind das eigene Engagement (*ownership*) und die Übernahme der Verantwortlichkeit durch die betroffenen Länder, auch wenn dies nicht immer den Zugang zu Hilfsgeldern ebnet.

Die weltweiten Herausforderungen bei der reproduktiven Gesundheit und die Bedeutung einer verbesserten und vor allem finanzierbaren Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung unterstreicht auch der WHO-Bericht 2005 „Make every mother and child count“.<sup>119</sup> Vor einer allzu starren Fixierung auf den Wortlaut der MDGs sei indes auch und gerade im Zusammenhang mit der Einführung sozialer Krankenversicherungen gewarnt. Die einzelnen Zielindikatoren sind in erster Linie als vergleichsweise einfach quantifizierbare Eckwerte für die Verbesserung von Gesundheitssystemen anzusehen, und ihre Erreichung im Rahmen sozialer Krankenversicherungssysteme dürfte allenfalls mittel- bis langfristig gelingen. Selbst wenn diese ein Hauptaugenmerk auf die Mütter- und Kindersterblichkeit legen, wird sich dies kurzfristig kaum in den Makrodaten bemerkbar machen. Unter Umständen lässt sich durch

<sup>117</sup> Madueño et al. 2004, S. 50, 52, 54

<sup>118</sup> Vgl. Bobadilla et al. 1994, S. 659ff; Ensor et al. 2002, S. 253ff.

<sup>119</sup> “Whether they choose to organize financial protection on the basis of tax-generated funds, through social health insurance or through a mix of schemes, two things are important: first, that ultimately no population groups are excluded; second, that maternal and child health services are at the core of the health entitlements of the population, and that they be financed in a coherent way through the selected system.” (WHO 2005, S. XVIII).

die Kombination mit Gutscheinsystemen oder freien Krankenversicherungskarten für werdende Mütter eine stärkere Verringerung der teils bedrohlichen geburtsassoziierten Sterblichkeit erreichen.

Ebenso kann sich die Einführung einer sozialen Krankenversicherung mittelfristig positiv auf die Gesundheitsversorgung von Malaria-, Tuberkulose- und AIDS-Patientinnen und Patienten auswirken. Dies ist allerdings nur zu erwarten, wenn das Versicherungspaket Prävention, Diagnostik und Therapie umfasst. Bei relevanter epidemiologischer Belastung durch die genannten Erkrankungen sollten soziale Krankenversicherungssysteme auch gezielte Angebote zu ihrer Bekämpfung liefern, um so zur erforderlichen Verbesserung des Gesundheitssystems und zur Erreichung des sechsten Jahrtausendziels beizutragen. Die Existenz von Krankenversicherungen kann in Entwicklungsländern sogar durch effektivere Nutzung der Versorgungsstrukturen zu einer Ausgabenreduktion für AIDS-Patienten beitragen.<sup>120</sup> Insgesamt sind die Festlegung der Leistungspakete, die Akkreditierung von Anbietern und deren Honorierung bzw. Kontrolle äußerst komplexe Aufgaben, bei der gesellschaftspolitische Ziele mit medizinischem Sachverstand und ökonomischen Notwendigkeiten in Einklang zu bringen sind. Die Erfahrungen zeigen, dass dafür ein dauerhafter Aushandlungsprozess zwischen Gesundheitspolitikern, medizinischen und ökonomischen Fachleuten, Krankenversicherungen und anderen beteiligten Gruppen erforderlich ist.

### 7.3. Einschluss in soziale Sicherungssysteme und nachhaltige Finanzierung

Während sich die gesetzliche Krankenversicherung in Industrieländern traditionell, aber nicht ausschließlich, an die Beschäftigten im formellen Sektor richtet, stellt in Entwicklungsländern die Einbeziehung des informellen (städtischen und ländlichen) Sektors die größte Herausforderung dar. Schließlich ist in diesen Ländern nur ein kleinerer Teil der Erwerbsbevölkerung formal beschäftigt. Gleichzeitig sind Finanzierungsmechanismen erforderlich, die auch eine Einbeziehung der Armen und Ärmsten ermöglichen, die nicht in der Lage sind, regelmäßig Beiträge zu entrichten. Für die Einbeziehung der Beschäftigten im informellen Sektor sowie der ärmsten Bevölkerung bieten sich folgende Wege:

- Schrittweise Ausdehnung der Pflichtversicherung
- Freiwillige Mitgliedschaft
- Ermittlung der Mitgliedsbeiträge anhand von sozialen Kriterien und innovativen Bemessungsgrundlagen (Stromverbrauch, Vieh- oder Bodenbesitz, Einkommensgruppen etc.)
- Verknüpfung mit lokalen Initiativen (Mikroversicherungen)
- Steuerfinanzierte Mitgliedsbeiträge oder Steuerzuschüsse für die Versicherung der Ärmsten
- Einbindung externer Mittel (PGF, GFTAM, IFF etc.)

Für den Aufbau und die Ausweitung sozialer Krankenversicherungssysteme liefert die kontinentaleuropäische Erfahrung wichtige Hinweise. Besteht bereits eine Pflichtversicherung für einen Teil der Bevölkerung, kann die **schrittweise Ausdehnung auf andere Regionen und gesellschaftliche Gruppen** ein gangbarer Weg zu universellem Versicherungsschutz sein.<sup>121</sup> Dabei sind drei unterschiedliche Richtungen möglich: über die Ausdehnung in andere Regionen, die Einbeziehung weiterer Versicherter und Versichertengruppen sowie über die Ausweitung auf neue Unternehmen oder Wirtschaftszweige.<sup>122</sup> Bestehende Strukturen wirken dabei förderlich auf die Einführung einer sozialen Krankenversicherung, auch der Organisationsgrad der Bevölkerung und die Akzeptanz des Solidargedankens sind wichtige Fak-

<sup>120</sup> Chanfreau/Musau/Kidane 2005.

<sup>121</sup> Vgl. auch Gsänger 2003, S. 7

<sup>122</sup> Vgl. Bärnighausen/Sauerborn 2002, S. 1567

toren. So können kommunale Behörden, Berufszusammenschlüsse, Kooperativen oder soziale Strukturen auf Verwandtschafts- oder Dorfebene manche Versicherungsfunktionen übernehmen. Gleichzeitig ist eine Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung des bestehenden Leistungsangebots erforderlich, damit die Bevölkerung auch Gebrauch von ihrem Versicherungsschutz machen kann. Hierbei bietet sich für Beschäftigte im informellen Sektor eine **freiwillige oder korporative** (über Assoziationen) **Mitgliedschaft** an. Wenn bereits soziale Sicherungssysteme für den (zumeist städtischen) formellen Sektor existieren, dürfte deren Ausweitung am schnellsten zum Erfolg führen.<sup>123</sup> Eine relativ einfache Möglichkeit ist die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Familienmitglieder und organisierte Berufsgruppen. Da jedoch der Bedarf der ländlichen Bevölkerung nach sozialer Sicherheit vielfach größer ist, spricht einiges für eine frühzeitige Einbeziehung dieser Gegenden in eine Krankenversicherung und ein verbessertes Versorgungsangebot.

### Paraguay

Paraguay gehört zu den ärmsten und am wenigsten entwickelten Ländern in Lateinamerika, und die Hälfte der Bevölkerung lebt noch auf dem Lande. Nur eine Minderheit von besser gestellten Bürgerinnen und Bürgern hat Zugang zu sozialen Sicherungssystemen, die sich ganz überwiegend auf die städtischen Gebiete konzentrieren. Nur 20% der Bevölkerung verfügen über irgendeine Form von Krankenversicherung, die soziale Ausgrenzung stellt unter ärmlichen, ständig prekärer werdenden Rahmenbedingungen eine riesige Herausforderung dar.<sup>124</sup> Beim Sozialversicherungsinstitut IPS sind gerade 12% der Paraguayerinnen und Paraguayer versichert, und private Assekuranzunternehmen bieten allenfalls begrenzte Krankenversicherungspakete für die besser gestellten Bürger und Bürgerinnen.

Auf Grund der riesigen Lücken bei der sozialen Absicherung der Bevölkerung ist eine Vielzahl von lokalen und genossenschaftlichen Krankenversicherungen entstanden bzw. in Entstehung, die zur Überwindung der hohen finanziellen Zugangsbeschränkungen bei der Gesundheitsversorgung dienen und weiterer Verarmung vorbeugen sollen. Ausgehend von bestehenden Solidarfonds bietet die wachsende Kooperativenbewegung in Paraguay etliche strategische und organisationstechnische Vorzüge im Hinblick auf die Überwindung der sozialen Ausgrenzung.<sup>125</sup> Derartige Krankenversicherungsstrukturen können eine wichtige Rolle bei der Ausweitung der sozialen Sicherung auf weitere Bevölkerungsteile spielen.<sup>126</sup> Doch die Unterstützung lokaler Kleinstversicherungen wird nicht ausreichen. Die Gesundheitsversorgung der Paraguayerinnen und Paraguayer ist ohne spürbare Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben nicht wesentlich zu bessern.<sup>127</sup>

Im Hinblick auf das Ziel der Armutsminderung sind Geber- wie Partnerländer gefordert, die Versicherungsmechanismen mit herkömmlichen und innovativen Ansätzen an die lokalen Gegebenheiten anzupassen. Dabei ist die Fähigkeit der lokalen Gemeinschaften, ihre Armen selbst zu identifizieren, ebenso zu nutzen wie ergänzende Ansätze der Beitragsermittlung per Stromverbrauch, Lizenzen für Gewerbetreibende oder in ländlichen Gebieten auf Grundlage des Vieh- oder Bodenbesitzes. Häufig erweist sich auch eine Knüpfung von Mitgliedsbeiträgen an einfache Einkommenskategorien - beispielsweise mittellos, arm, mittelschichts-

<sup>123</sup> Das entspricht im Übrigen auch ganz der europäischen Sozialversicherungsgeschichte, denn die Einbeziehung immer weiterer Bevölkerungsteile in die Versicherungspflicht zog sich allerorten über mehrere Jahrzehnte hin (vgl. Bärnighausen/ Sauerborn 2002, S. 1560ff).

<sup>124</sup> MSPyBS/DGEEC/OPS 2003

<sup>125</sup> Holst 2003, S. 3; 2004b, S. 9, 11f, 16f, 28f, 37f

<sup>126</sup> Holst 2003, S. 4ff

<sup>127</sup> Holst/Gini 2003

zugehörig und reich - als praktikabel.<sup>128</sup> Prinzipiell ist dabei eine gewisse Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit selbst geringer Beitragszahlungen im Sinne der Zahlungsdisziplin und Vorsorgekultur wünschenswert, was sich am besten durch eine enge Koppelung der Inanspruchnahme an geleistete Beiträge gewährleisten lässt.

Vor allem in den ärmeren Entwicklungsländern gibt es kleinräumige private Unterstützungssysteme, auch **Kleinstversicherungen** genannt, die einen wichtigen Beitrag zur sozialen Sicherheit im informellen Sektor leisten. Wo nationale soziale Sicherungssysteme fehlen, können Kleinstversicherungen die Versicherungskultur ebenso wie Management- und Verwaltungsfähigkeiten stärken und die Ausgangsbedingungen für umfassendere soziale Sicherungssysteme verbessern. Der flexible Gestaltungsspielraum erlaubt es sozialen Krankenversicherungen, bestehende Kleinstversicherungen im Zuge der Ausweitung zu integrieren. Hierbei stellt das „Partner-Agent-Model“, wonach die Kleinstversicherungen als Agent oder Vertreter für eine größere Versicherung (Partner) auftreten,<sup>129</sup> eine mögliche Variante dar. In Indien findet dieses Prinzip Anwendung. Einige gemeindebasierte Organisationen kaufen professionelle Produkte von den staatlichen Versicherungsunternehmen, die sie dann an ihre Mitglieder vertreiben. Andernorts - etwa in Paraguay - bietet die schrittweise Öffnung genossenschaftlicher Absicherungsstrukturen gegenüber anderen Kooperativen oder auch nicht genossenschaftlich organisierten Personen sowie die Integration derartiger Versicherungen in das Gesamtsystem eine interessante Option.<sup>130</sup> Vergleichbare Potenziale bieten die Mutual Health Organisations (MHO's), also Krankenkassen, die nach dem Prinzip der Hilfe auf Gegenseitigkeit und dem Vorbild der „Mutuelles de santé“ funktionieren.

Nicht zuletzt für die Erreichung der MDGs 4 bis 6 sind nachhaltige Finanzierungsmechanismen gefordert, die eine beitragsfreie oder zumindest subventionierte Mitversicherung der Armen und Ärmsten möglich machen. Um die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu gewährleisten, sollte allerdings der Subventionsanteil so gering wie möglich bleiben. Von Bedeutung für das Design einer sozialen Krankenversicherung sind zunächst das Einkommensniveau und die Einkommensverteilung in einem Land, die über die Größe des Bevölkerungsanteils Auskunft geben, der nicht eigenständig für seine Beiträge aufkommen kann. Mit der Höhe des Pro-Kopf-Einkommens steigt die Fähigkeit der Versicherten, regelmäßig hinreichend hohe Beiträge für eine Sozialversicherung aufzubringen. Damit steigen das zur Verfügung stehende Finanzvolumen ebenso wie das allgemeine Steueraufkommen und somit die Ressourcen zur Quersubventionierung der Mitgliedsbeiträge armer Bevölkerungsgruppen.

<sup>128</sup> Bennett, S; Creese, A.; Monasch, R. 1998, S. 27. Einteilung der Mitgliedsbeiträge nach Einkommensgruppen: Mittellos für Weisen und Witwen ohne Einkommen; Arm für Familien, die sich keine zwei Mahlzeiten am Tag pro Familienmitglied leisten können; Mittelschicht: Menschen die sich die essentiellen Güter leisten können, aber nur wenig Geld sparen können; Reich: Familien, die sich alle wichtigen Güter leisten können und noch Reserven besitzen.

<sup>129</sup> Loewe, 2001, S. 5-13

<sup>130</sup> Holst 2004a, S. 30ff

## Tansania

Tansania ist ein Land mit einer bemerkenswert guten Gesundheitsinfrastruktur (72% der Tansanier leben 5 oder weniger Kilometer von einer Gesundheitseinrichtung entfernt und 90% im Umkreis von 10 km). Bis 1993 wurden Gesundheitsdienstleistungen in Tansania kostenlos angeboten, was sich als nicht nachhaltig erwies und eine rapide Senkung der Qualität der Gesundheitsversorgung zur Folge hatte. Auf der Suche nach alternativen Möglichkeiten der Gesundheitsfinanzierung wurden in einem ersten Schritt Gebühren in den staatlichen Krankenhäusern im Land eingeführt. Es zeigt sich jedoch schnell, dass mit Nutzergebühren alleine kein signifikanter und verteilungsgerechter Beitrag zum tansanischen Gesundheitsbudget erreicht werden konnte. Mehrere alternative Finanzierungsoptionen wurden untersucht, nach denen die Regierung zwei neue Finanzierungsansätze nach dem sozialen Sicherungsprinzip im Gesundheitswesen einführte. Erstens den Nationalen Krankversicherungsfonds (NHIF), eine nationale Pflichtkrankenversicherung für öffentliche Angestellte und ihre Familien, und zweitens die Initiative für freiwillige Gemeindeggesundheitsfonds (CHF), die darauf abzielt, den formellen und informellen Sektor auf der Ebene der Distrikte abzudecken, die Mittellosen und Ärmsten der Armen eingeschlossen.

Neben den Regierungsprogrammen gibt es eine Reihe privater Krankenversicherungsinitiativen, entweder als Mikroversicherungsprojekte (MHIS), aufgebaut und verwaltet von Kooperativen des informellen Sektors oder lokalen Gemeinschaften; oder als anbieterbasierte Gesundheitsfinanzierungsprojekte, meist unter konfessioneller Trägerschaft. Gemeindebasierte Krankenversicherungen als eine Komponente im nationalen Gesundheitssystem zu verankern, betrachten viele Akteure als soziale Sicherungsmaßnahme mit dem Potential, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auch für die Ärmsten im Land zu ermöglichen. Diese Gruppe von Akteuren - Vertreter akademischer und kirchlicher Institutionen, Nichtregierungsorganisationen und Kooperativen - haben sich zusammengeschlossen und das Tansanische Netzwerk der gemeindebasierten Gesundheitsversicherungen (TNCHF) gegründet. Das TNCHF ist ein nationales Netzwerk für gemeindebasierte Krankenversicherungen und CHFs, welches fortwährend an der Verbesserung der Produkte und Dienstleistungen arbeitet, die es seinen Mitgliedern anbietet. Im Rahmen dieser Bemühungen integrierte es mit Unterstützung der GTZ ein Kompetenzzentrum für Krankenversicherungen (*CHIC – Center of Health Insurance Competence*) in seine Organisationsstruktur. Dieses CHIC macht das TNCHF zu einem wichtigen Ansprechpartner in Fragen der Gesundheitsfinanzierung allgemein und der Krankenversicherung im Besonderen.

Die **Zusatzfinanzierung sozialer Krankenversicherungen aus Steuermitteln** ist auch in vielen Industrieländern anzutreffen, beispielsweise bei der Finanzierung der Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Deutschland, die abweichend vom klassischen Konzept sozialer Krankenversicherung selbständige Gewerbetreibende versichert, oder der Bezahlung von Beiträgen für Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen sowie Asylsuchende. Hierbei kommen unterschiedliche Steuerarten in Betracht, die verschiedene sozialpolitische Effekte zeigen. Indirekte Steuern (z.B. Mehrwertsteuer) belasten die Armen relativ stärker als wohlhabendere Bevölkerungsgruppen. Bei progressiver Gestaltung können direkte Steuern (z.B. Einkommenssteuer) hingegen positive Verteilungswirkungen entfalten. Die jeweils am besten geeignete Finanzierungsform hängt von den länderspezifischen Gegebenheiten ab, eine universelle Empfehlung kann es dazu nicht geben.

**Sozialfonds, Gutscheinsysteme und Transferzahlungen** können eine sinnvolle Ergänzung sozialer Krankenversicherungen sein, um gerade die Einbeziehung der Armen und Ärmsten zu ermöglichen. Die Erfassung dieser Bevölkerungsgruppen kann nach unterschiedlichen Methoden erfolgen, z.B. nach Einkommen, Wohnsitz, Alter, Zahl der Kinder bzw. anderer abhängiger Familienmitglieder, Kalorienverbrauch, Landbesitz oder auch in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen bzw.

spezifischer Gesundheitsleistungen.<sup>131</sup> Bei derartigen Interventionen sind grundsätzlich die länder- und regionalspezifischen Kosten und Nutzen gegeneinander abzuwägen. Darüber hinaus ist es wichtig, diese Ansätze in die bestehenden Systeme und Länderstrategien zu integrieren und keine Parallelstrukturen aufzubauen. Vor allzu hohen Erwartungen ist zu warnen und die Anwendung vorrangig auf gut beobachtete Pilotprojekte zu beschränken.<sup>132</sup>

Gutscheinsysteme haben in so unterschiedlichen Ländern wie China, Nicaragua und Uganda Anwendung gefunden, während beispielsweise Indien und Mexiko Anreizsysteme durch Geldtransfers eingeführt haben. Gutscheine für Gesundheitsleistungen sollen die Nachfrage nach bestimmten Leistungen steigern, die gezielte Förderung vulnerabler Gruppen verbessern und die Versorgungsqualität erhöhen. Allerdings erreichen Gutschein- ebenso wie andere Transfersysteme die besser Gestellten bisweilen häufiger als die ganz Armen. Gleichzeitig bringen sie die Gefahr mit sich, die Mittellosen zu stigmatisieren. Eine zentrale Rolle kommt daher dem Prozess der Identifizierung von armen Haushalten und der zielgenauen Leistungserbringung (*Targeting*) zu. Insgesamt ließen sich Gutscheine sinnvoll mit dem Aufbau von Versicherungssystemen kombinieren, wenn sie zur Nachfragesteigerung nach Versicherungs- anstelle von spezifischen Gesundheitsleistungen Verwendung finden.<sup>133</sup> Auch Bargeldtransfers an besonders arme, von AIDS betroffene Haushalte können sich z.B. förderlich auf die antiretrovirale Therapie werdender Mütter oder den Schulbesuch von AIDS-Waisen auswirken. Transferzahlungen steigern insgesamt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und tragen so zur Armutsreduktion bei. Im Weltentwicklungsbericht 2004 wird zudem die positive Kosten-Nutzen-Effektivität derartiger Zuschüsse hervorgehoben.<sup>134</sup>

Um die MDGs (siehe Kapitel 2) noch zu erreichen, brauchen vor allem die Gesundheitssysteme in den Niedrigeinkommensländern Afrikas umfangreiche finanzielle Unterstützung von außen. Neue Förderinstrumente wie die **Programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung** bieten Erfolg versprechende Ansätze, auch die Absicherung der Ärmsten zu gewährleisten und den Ressourcenmangel im Gesundheitssektor zu überwinden. Die koordinierte Finanzierung durch verschiedene Geber im Rahmen eines *Sector Wide Approach* (SWAp) kann zu einer verbesserten Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen beitragen und Sektorreformen nachhaltig unterstützen. Die bereitgestellten Gebermittel sollten dabei grundsätzlich im Haushaltssystem der Partnerländer aufgeführt sein, um die Transparenz der Mittelverwendung zu erhöhen. Inwieweit damit auch eine bessere Kontrolle des effektiven Mitteleinsatzes in den betroffenen Ländern zu erzielen ist, hängt allerdings stark von den fiskalen Strukturen und dem Ausmaß der Korruption ab. Vor allem in Ländern mit hoher Belastung durch die HIV-Pandemie stehen zudem erhebliche Mittel aus dem **Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria** zur Verfügung, die sich über soziale Krankenversicherungen kanalisieren ließen. Gleiches gilt gegebenenfalls für Mittel aus der **International Finance Facility**.

#### 7.4. Gute Regierungsführung und Verantwortlichkeit

Auch die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** und die **Führungsrolle des Staates** beeinflussen die Umsetzungschancen und die Effektivität von sozialen Krankenversicherungen. Zwar liegen wesentliche Vorzüge von Sozialversicherungen gerade in der weitgehend finanziellen und administrativen Unabhängigkeit von Staat und Politik. Aber die internationale Erfahrung hat gezeigt, dass die Regierungen und insbesondere die Gesundheits- und Finanzministerien nicht nur von dem Konzept grundsätzlich überzeugt sein müssen, sondern auch eine wichtige Rolle bei der Einführung und Umsetzung der Krankenversicherungen spielen. Von entscheidender Bedeutung sind zudem Elemente der Rechtsstaatlichkeit und die Effektivität finanzpolitischer und verwaltungstechnischer Maßnahmen (z.B. Transparenz, funktio-

<sup>131</sup> Ravallion 2003, S. 9-14

<sup>132</sup> *ibid.* S. 282f

<sup>133</sup> Ensor 2004, S. 278

<sup>134</sup> World Bank, 2003

nierendes Steuersystem, nationales Statistikwesen) sowie die Kapazität und Kompetenz der staatlichen Organe zur Regulierung und fortlaufenden Überwachung des Systems. In vielen Entwicklungsländern sind jedoch die Voraussetzungen für funktionierende staatliche Regulierung noch nicht in ausreichendem Maße gegeben.

## Russland

Die Russische Föderation verabschiedete 1993 ein überarbeitetes Sozialversicherungsgesetz. Damit unterzog das Land sein Gesundheitssystem einem grundsätzlichen Umbau und näherte sich den bei der Finanzierung, der Organisation und dem Management der Versorgung grundlegenden Prinzipien der meisten OECD-Länder an. Das Gesetz sieht eine klare Funktionstrennung zwischen Gesundheitsfinanzierung, Organisation und Management bzw. Einkauf der Gesundheitsversorgung durch so genannte „Versicherungsgesellschaften“ oder Krankenkassen sowie Leistungserbringung vor. Während die Finanzierung überwiegend in der öffentlichen Hand verbleibt, um universellen Zugang und Gerechtigkeit zu gewährleisten, soll insbesondere die drittgenannte Funktion - Erbringung von Gesundheitsleistungen - vermutlich dezentral und regierungsunabhängig, möglicherweise auch privat, erfolgen, um Effizienz und Kundenzufriedenheit zu erhöhen. Die Funktionstrennung und die Änderungen der Besitzverhältnisse und der Organisation der Gesundheitsversorgung bedeuten einen klaren Umbruch im russischen Gesundheitswesen. Trotz der konzeptionell viel versprechenden Vorgaben des Sozialversicherungsgesetzes sind allerdings vor einer erfolgreichen Umsetzung noch wesentliche Inhalte zu klären. So sind bisher die wirtschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Gesetzes nicht ausreichend geklärt. Ebenso wenig die politischen und Versorgungsvorgaben, die für bestimmte Gesundheitsziele und gerechten Zugang erforderlichen Mittel oder die Frage der Entstaatlichung der Gesundheitsdienste. Neben diesen offenen Fragen wirft die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen auch unmittelbare Fragen wie die freie Anbieterwahl, das Verhältnis zwischen Sozialversicherung und Haushaltsressourcen sowie Entwicklungsbudgets auf.

Der organisatorischen **Autonomie** von Sozialversicherungsinstitutionen kommt ebenfalls eine wesentliche Bedeutung zu. Je selbständiger diese im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung über die Höhe und Einziehung der Mitgliedsbeiträge, den Umfang des Versicherungsschutzes sowie die Auswahl der Leistungserbringer und die Vertragsgestaltung entscheiden können, desto effizienter können sie i.d.R. die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Internationale Beobachtungen zeigen, dass die Einführung und das Funktionieren von Krankenversicherungen entscheidend von der vorhandenen **Management- und Verwaltungskompetenz**, der Integrität und dem damit verbundenen öffentlichen Vertrauen in diese Institutionen abhängen.<sup>135</sup> Ausreichend ausgebildetes Personal für die mittlere Verwaltungsebene muss Mitglieder erfassen, Beiträge verwalten, Leistungspakete und Verträge mit Anbietern gestalten und die Qualität der angebotenen Leistungen beurteilen können. Bei der Einführung sozialer Krankenversicherungssysteme ist frühzeitig die Ausbildung der entsprechenden Humanressourcen einzuleiten.

**Gute Regierungsführung, Stewardship und Rechenschaftspflicht (Accountability)** sind wesentliche Faktoren für die Funktionsfähigkeit von Systemen der sozialen Sicherheit. Unter diesem Gesichtspunkt bietet sich eine Einbindung in die jeweiligen PRS-Prozesse an, deren partizipative Gestaltung die Transparenz von Reformanstrengungen und die Rechenschaftspflicht von Regierungen erhöht.<sup>136</sup>

Die internationale Entwicklungszusammenarbeit kann einen wichtigen Beitrag bei der konzeptionellen Politikgestaltung im Hinblick auf die Qualifizierung von Entscheidungsträgern

<sup>135</sup> Huber et al. 2003

<sup>136</sup> So (sollen) PRSPs öffentliche Konsultationen mit der Zivilgesellschaft beinhalten, in denen die Regierung über ihr Handeln Rechenschaft ablegt.

und Führungskräften, bei der Förderung der Effektivität finanz- und verwaltungspolitischer Maßnahmen sowie bei der Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für eine soziale und wirtschaftliche Entwicklung leisten. Auch eine stärkere Koordination der Geber durch gemeinschaftsorientierte Finanzierungsmechanismen kann durch einen größeren Reformdruck landesweit bessere Ergebnisse sicherstellen als bei einer Projektfinanzierung erzielbar sind und durch eine erst nach Erfüllung vereinbarter Reformschritte erfolgenden Auszahlung der Mittel, die Rechenschaftspflicht erhöhen.

## 7.5. Gesellschaftlicher Konsens und gesellschaftliche Akzeptanz

Die Einführung einer landesweiten sozialen Krankenversicherung ist ohne breiten Rückhalt bei der Bevölkerung den gesellschaftspolitischen Kräften und den maßgeblichen Akteuren im Gesundheitswesen nicht Erfolg versprechend. Es ist wichtig, dass die Ausweitung bestehender und die Einführung neuer Sozialversicherungssysteme im Dialog mit den Sozialpartnern (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Regierung), den Leistungsanbietern, den Berufsverbänden und anderen gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Kooperativen, *Mutual Benefit Societies*) erfolgt, um möglichen Widerständen rechtzeitig zu begegnen. Der Staat hat dabei vor allem die Aufgabe, Partikularinteressen zum Wohle der Gesellschaft zurückzudrängen. Beispielsweise können die bereits abgesicherten Bürgerinnen und Bürger ihre bisherigen Privilegien gefährdet sehen und Widerstand gegen die Aufnahme neuer, überwiegend ärmerer und folglich weniger zahlungsfähiger Mitglieder oder Gruppen leisten. Im Rahmen der Reformdiskussion kann auch die soziale Benachteiligung der weiterhin ausgeschlossenen Bevölkerung zu Tage treten, insbesondere dann, wenn die Möglichkeit einer Quersubventionierung der sozialen Krankenversicherung durch das staatliche System besteht und die öffentlichen Mittel nur den Versicherten zu Gute kommen.<sup>137</sup>

Generell ist damit zu rechnen, dass die Einführung sozialer Krankenversicherungssysteme in den meisten Entwicklungs- und Schwellenländern bei verschiedenen Interessensgruppen auf Skepsis oder gar Ablehnung stößt. Da Arbeitgeber wie Arbeitnehmer die damit verbundenen Abgaben unmittelbar als Gewinn- bzw. Lohneinbußen erfahren, ist sowohl von Seiten der Wirtschaft als auch der Gewerkschaften Widerstand zu erwarten. Hier gilt es, die oftmals überbewerteten wirklichen Kosten exakt zu beziffern und gleichzeitig ein Bewusstsein für die vielfach unterschätzten Belastungen bei fehlender sozialer Absicherung zu schaffen. Für Arbeitgeber schlagen der Ausfall und die Fluktuation von Arbeitskräften negativ zu Buche, während Arbeitnehmer im Erkrankungsfall unter Einkommensverlusten ebenso leiden wie unter hohen Direktzahlungen beim Arzt oder im Krankenhaus. Bei finanzieller Beteiligung der Arbeitgeber bietet die soziale Krankenversicherung außerdem größere Anreize zu Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsleben.

Widerstand kommt häufig auch von privaten Versicherungen, die ihre geschäftliche Grundlage bedroht sehen. Daher ist in jedem Fall zu überlegen, wie bestehende Versicherungsstrukturen in ein soziales Krankenversicherungskonzept einzubeziehen sind. Bei gleichzeitiger Unterbreitung von Angeboten an private Assekuranzen – beispielsweise die Möglichkeit von Zusatzversicherungen oder durch Ankauf bzw. Leasing bestimmter aktuarischer und administrativer Leistungen für eine entstehende soziale Krankenversicherung – sind die Widerstände gegen potenziell konkurrierende Versicherungen oder gegen die zunehmende Regulierung der Branche besser in Schach zu halten als bei konfrontativem Vorgehen. Im gesellschaftlichen Dialog mit allen Beteiligten sind die zu erwartenden Widerstände im Voraus zu bedenken und gegebenenfalls gemeinsam Kompromisse zu finden.

<sup>137</sup> Bärnighausen/Sauerborn 2002, S. 1567

## Kenia

Kenia führte bereits 1966 als erstes Land Afrikas eine verpflichtende Krankenversicherung ein.<sup>138</sup> Diese beschränkt sich jedoch auf Arbeiter und Angestellte sowie deren Familien - und damit auf nicht mehr als 20 Prozent der Bevölkerung. Außerdem vergütet sie nur stationäre Leistungen, so dass die Gesundheitsanbieter zusätzliche Gebühren von den Versicherten verlangen. Die Mehrheit der kenianischen Bevölkerung lebt unter der Armutsgrenze und ist auf das dürftig finanzierte staatliche Gesundheitswesen oder auf teure private Anbieter angewiesen. Die Zuzahlungen machen insgesamt 53 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus, eine angemessene Versorgung der Ärmsten liegt außerhalb ihrer finanziellen Möglichkeiten.

Seit Jahren favorisiert das kenianische Gesundheitsministerium mit der Unterstützung des Präsidenten den Aufbau einer landesweiten sozialen Krankenversicherung. Internationale Partner wie die GTZ, die WHO und die ILO beraten sie dabei und haben Berechnungen zur Finanzierbarkeit vorgelegt. Das Konzept der Regierung sieht vor, dass für die gesamte Bevölkerung eine Pflichtversicherung mit solidarischen, einkommensabhängigen Beiträgen eingeführt wird. Ausgehend von der bestehenden Versicherung für den formellen Sektor werden zudem eine Ausweitung des Leistungskatalogs und eine bessere Bezahlung der Leistungserbringer angestrebt. Private Zuzahlungen sollen auf ein Minimum reduziert werden. Das entsprechende Gesetz wurde nach einigen politischen Auseinandersetzungen im Dezember 2004 vom Kenianischen Parlament verabschiedet, aber bisher noch nicht vom Präsidenten unterschrieben, weil starke Akteure innerhalb der Regierungskoalition sich dagegen einsetzen.

Ungeachtet dieses politischen Aushandlungsprozesses setzt die bestehende staatliche Krankenhausversicherung (*National Hospital Insurance Fund*) als künftiger Träger der nationalen Krankenversicherung bereits am gegenwärtigen System weitreichende Verbesserungen um. So wurde die so genannte *Claims-Ratio*, das Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben für medizinische Leistungen (ein Indikator für die Effizienz einer Krankenversicherung) über die letzten Monate entscheidend noch oben korrigiert. Außerdem wurden private und öffentliche Leistungsanbieter der Krankenhausversicherung akkreditiert und mit finanziellen Anreizen zu Qualitätsverbesserungen verpflichtet. Zudem werden mit Mitteln der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) *Output-Based-Aid* Modelle erprobt, von denen wichtige Beiträge zur künftigen Ausgestaltung von Zugangsmodellen zum Versicherungssystem erwartet werden.

Inwiefern die Einführung einer sozialen Krankenversicherung von der Bevölkerung akzeptiert wird, hängt zudem von einer Reihe weiterer Faktoren ab, die im Voraus beachtet werden sollten. So kommt z.B. das Ausmaß der **gesellschaftlichen Solidarität** bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle bei der Frage nach der Machbarkeit sozialer Krankenversicherungen zu. Ein solches System kann nur funktionieren, wenn die wohlhabenderen Bevölkerungsschichten bereit sind, die Versorgung der ärmeren Bürgerinnen und Bürger teilweise mitzufinanzieren. Dies kann besonders in Ländern mit beträchtlichen Einkommensunterschieden schwierig sein, wobei die Bereitschaft, das Vermögen mit anderen zu teilen, tendenziell mit wirtschaftlichem Wachstum steigt.<sup>139</sup> Es ist daher ratsam, vor Einführung einer sozialen Krankenversicherung eine eingehende Analyse vorbestehender, gewachsener Solidarmechanismen anzustellen, um die Akzeptanz gesellschaftlicher Umverteilungsmechanismen innerhalb eines Landes einschätzen zu können.<sup>140</sup> In allen Gesellschaften lassen sich Solidarstrukturen ausmachen, sei es im Familien- oder Dorfverband, sei es

<sup>138</sup> Mboya Okeyo 2004, p. 56

<sup>139</sup> Carrin 2002, S. 60

<sup>140</sup> Holst 2004a, S. 47ff.

das „*Harambee*“<sup>141</sup> in Kenia, die karitative Unterstützung von sozial Schwachen im Christentum und im Islam oder ähnliche sozial-moralische Tugenden.

**Kulturelle Wertvorstellungen** können der Akzeptanz des Versicherungsprinzips ebenfalls entgegenstehen. In manchen afrikanischen Regionen betrachten die Menschen Krankheit nicht als Zufall, sondern als Folge „göttlichen Willens“ oder Verzauberung durch ein „böswilliges Individuum“, so dass die freiwillige und verpflichtende Absicherung im besten Fall eine ineffiziente Strategie, im schlimmsten Fall eine Provokation darstellt.<sup>142</sup> Gerade in diesem Zusammenhang können Kleinstversicherungen und ähnliche Erfahrungen auf lokaler Ebene eine wichtige Rolle spielen, weil sie den Umgang und Erfahrungen mit Organisation und Management von wirksamer Absicherung gegen soziale Risiken vermitteln können. Andererseits erhöht ein Scheitern solcher Erfahrungen auch die Skepsis der Bevölkerung gegenüber anderen Formen der sozialen Sicherung.

Es muss ein **Verständnis der Grundprinzipien** einer Versicherung vorhanden sein, denn viele Entwicklungsländer verfügen über keinerlei Versicherungserfahrung. Eine Versicherung stellt ein abstraktes Konzept dar, und der Zusammenhang zwischen regelmäßigen, bedarfsunabhängigen Beitragszahlungen und einer bedarfsabhängigen Erstattung finanzieller Aufwendungen ist nicht leicht verständlich. Dies kann die Bereitschaft der Versicherten negativ beeinflussen, regelmäßige Beiträge zu entrichten. Der Bedarf an entsprechender Aufklärungsarbeit hängt sicherlich mit dem Bildungsniveau zusammen, entscheidender dürfte jedoch die gesamtgesellschaftliche Entwicklung einer „Versicherungskultur“ sein. In jedem Fall ist eine Überprüfung bestehender Normen und Werte mit dem Versicherungsprinzip ebenso unerlässlich wie ein daran anknüpfender Dialog über die Vorteile einer Versicherung.<sup>143</sup>

Großen Einfluss auf die Erfolgsaussichten einer sozialen Krankenversicherung haben auch die Zugänglichkeit und Versorgungsqualität der bestehenden Gesundheitseinrichtungen.<sup>144</sup> Denn wenn die Bürgerinnen und Bürger versicherte Leistungen nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen können, sinkt natürlich die Bereitschaft der Bevölkerung zur Vorfinanzierung dieser Leistungen. Ohne ausreichende Infrastruktur, ohne genügend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ohne hinreichende Ressourcenausstattung der zur Verfügung stehenden Leistungserbringer ist für die Menschen der Nutzen einer Vorausbezahlung von Behandlungen nicht erkennbar, zumal sie nicht einmal wissen, ob sie diese jemals in Anspruch nehmen werden. Bei fehlender oder dürtiger Gesundheitsversorgung bedarf der Aufbau einer Krankenversicherung auch aus diesem Grund einer gleichzeitigen Förderung des Gesundheitswesens, um erfolgreich zu sein.

Nicht zuletzt bedarf es einer breiten **Akzeptanz der Krankenversicherung bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen**. Vielfach haben Sozialversicherungsträger eine schlechte Zahlungsmoral an den Tag gelegt und die Rechnungen ihrer Versicherten verzögert oder unvollständig beglichen. Zudem kassieren Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal in öffentlichen Einrichtungen oft (legale oder illegale) Zuzahlungen von ihren Patientinnen und Patienten, vielfach sind sie an derartige Zusatzeinnahmen gewöhnt bzw. davon ökonomisch abhängig. Derartige Direktzahlungen im Krankheitsfall laufen aber grundsätzlich dem Versicherungsprinzip zuwider.<sup>145</sup> Genauso wie spürbare Eigenanteile bei der Kostenübernahme wirken sich inoffizielle Zuzahlungen negativ auf die Akzeptanz einer Versicherung aus. Andererseits kann eine Abschaffung versicherungsschädigender Direktzahlungen zwar die Attrak-

<sup>141</sup> „Harambee“ ist ein Wort aus dem Kisuaheli und bedeutet soviel wie „Solidarität“ oder „mit vereinten Kräften“. Der Begriff ist im kenianischen Staatswappen enthalten und kommt zum Zuge wenn es darum geht, eine Aufgabe für das Gemeinwohl anzugehen. Dabei kann es sich um viele Dinge handeln, beispielsweise den Bau einer Schule oder auch Hilfe für eine Familie in Not. Jeder und Jede trägt nach eigenem Vermögen bei, egal ob Geld oder Sachspenden oder die eigene Anstrengung.

<sup>142</sup> Meesen, Criel und Kegels 2002, S. 107

<sup>143</sup> So gilt das Antizipieren schicksalhafter Ereignisse in der islamischen Welt als „*haram*“, als Sünde; in arabischen Ländern sind daher andere Begriffe dem der „Versicherung“ vorzuziehen und Konzepte anzuwenden, die in Übereinstimmung mit dem Koran stehen.

<sup>144</sup> Vergleich hierzu auch Carrin/James 2004, S. 12-15

<sup>145</sup> Deppe 1987; S. 109; Richardson 1991, S. 22; WHO 2000, S. 97

tivität der Krankenkasse erhöhen, bringt aber unter Umständen auch drastische Einschnitte für das Einkommen des medizinischen Personals mit sich.

## 7.6. Sektorale und multisektorale Koordinierung der Reformbemühungen

Für den erfolgreichen Aufbau einer sozialen Krankenversicherung in Entwicklungsländern ist zweifelsohne ein kohärenter sektoraler, multisektoraler sowie interdisziplinärer Ansatz erforderlich, der dem komplexen Zusammenspiel zwischen Versicherungsträgern, Gesundheitsdiensten, staatlichen Instanzen und der Bevölkerung angemessen Rechnung trägt.<sup>146</sup> Enge Verbindungen bestehen zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Sektoren wie Wasser- und Abwasserwirtschaft sowie Bildung; Querschnittsthemen wie gute Regierungsführung und Qualität des öffentlichen Haushaltswesens betreffen auch das Gesundheitswesen. Die Einbindung in ein strategisches Gesamtkonzept z.B. im Rahmen der PRSPs mit Niedrigeinkommensländern ist daher besonders wichtig. *Ownership* und Partizipation stellen zentrale Grundwerte von PRSPs dar, die auch fundamentale Voraussetzungen für den Aufbau von sozialen Krankenversicherungen sind. Gleichzeitig bieten PRSPs eine gemeinsame Grundlage für eine verstärkte Programmorientierung der Geber, wodurch den mit dem Aufbau einer sozialen Krankenversicherung verbundenen Notwendigkeiten einer sektoralen und multisektoralen Abstimmung ebenfalls Rechnung getragen wird und somit eine höhere Effektivität der Hilfe erzielt werden kann.

---

<sup>146</sup> Ein Großteil der Hindernisse auf dem Weg zur Formalisierung der Beschäftigungsverhältnisse und Erwerbsbedingungen entsteht aus den hohen Zugangsbarrieren zum formalen Markt und zur formalisierten Gesellschaft. Der bekannte peruanische Autor Hernando de Soto beschreibt die Herausforderung, denen sich die Regierenden der Entwicklungsländer stellen müssen: "Das Gros der unternehmerischen Initiative in den Ländern der Dritten Welt findet sich bei Müllsammlern, Möbelbauern und illegalen Baufirmen am anderen Ende der Gesellschaft. Die einzige wirkliche Alternative der Regierungen in diesen Ländern ist es, diese Wirtschaftsressourcen in einen geordneten und kohärenten Rahmen einzubeziehen, ..." (de Soto 2002, S. 48).

## 8. Zusammenfassung

Armut und Krankheit bilden einen Teufelskreis, in dem ein großer Teil der Menschheit gefangen ist. Schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen erhöhen die Erkrankungshäufigkeit der armen Bevölkerung. Krankheit wiederum verursacht teils unerschwingliche Kosten und kann die Menschen im schlimmsten Fall sogar ihrer Lebensgrundlage berauben. Gesundheit ist Voraussetzung für Arbeit und Einkommen und damit die Grundlage für eine nachhaltige Verringerung der weltweiten Armut. Die Absicherung gegen wirtschaftliche und soziale Folgen von Krankheit ist also eine wesentliche Bedingung für die Verringerung der extremen Armut auf der Welt, die bis 2015 auf die Hälfte sinken soll. Das Aktionsprogramm 2015 der Bundesregierung sieht im Ausbau sozialer Sicherungssysteme eine wesentliche Strategie zur Armutsbekämpfung, die sich nahtlos in die Darlehens- und Entschuldungspolitik der Weltbank und des internationalen Währungsfonds einfügt.

Soziale Sicherungssysteme leisten einen erheblichen Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung. Sie fördern die Wertschöpfung der Unternehmen, die volkswirtschaftliche Produktivität und den Konsum durch Stabilisierung der Binnennachfrage. Ausgeprägte gesellschaftliche Ungleichheiten hemmen hingegen die Wirtschaftsentwicklung der Länder. Soziale Krankenversicherungen tragen nachhaltig zu Umverteilung und sozialem Frieden bei und entfalten positive Wirkungen für die gesamte Gesellschaft.

Für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung kommen grundsätzlich folgende Quellen in Frage: Steuern, Beiträge (zu sozialen oder privaten Krankenversicherungen), private oder kollektive Mittel und internationale Gelder. Im Hinblick auf universellen Versicherungsschutz und Gerechtigkeit bestehen grundsätzliche Unterschiede zwischen diesen Finanzierungsformen. Entscheidende Größen für die Absicherung der gesamten Bevölkerung und eine faire Verteilung der Lasten sind die Risikomischung und die Solidarität.

Hier bieten soziale Krankenversicherungen klare Vorteile sowohl gegenüber kommerziellen Versicherungen als auch gegenüber Kleinversicherungen. Auf Grund der einkommensabhängigen Finanzierung bei bedarfsorientierter Erstattung garantieren soziale Krankenversicherungen einen hohen Grad an Solidarität. Gegenüber steuerfinanzierten Systemen zeichnen sie sich durch eine größere Unabhängigkeit von politischen Vorgaben aus, bedürfen allerdings größerer Anstrengung zur Erfassung aller Bürgerinnen und Bürger. Je nach Ausgestaltung können sie eine adäquate Antwort auf die Herausforderungen zunehmend komplexer Gesundheitssysteme liefern und dabei Selbst- und Mitbestimmung sowie dezentrale Verantwortlichkeiten miteinander verbinden.

Das Konzept der sozialen Krankenversicherung liefert kein Einheitsrezept. Vielmehr gleichen die zahlreichen Erfahrungen und Instrumente mit dieser Form der Gesundheitsfinanzierung einem Baukasten für interessierte Länder zum Aufbau angepasster, gesellschaftlich akzeptierter und nachhaltiger Krankenversicherungen. Der Auf- und Umbau sozialer Krankenversicherungen zeichnet sich durch einen hohen Grad an Flexibilität aus und erlaubt eine weit gehende Ausrichtung an den jeweiligen sozioökonomischen, infrastrukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Insbesondere erlaubt es die Integration privater und öffentlicher Strukturen im Dienste einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Gleichzeitig können sie den Folgen von Marktversagen im Gesundheitswesen entgegen wirken.

Insgesamt stellen soziale Krankenversicherungen auch für Entwicklungsländer unter bestimmten Voraussetzungen einen gangbaren Weg zu breiter Absicherung der Bevölkerung und solidarischer Umverteilung dar. Wenn jedoch wesentliche Voraussetzungen für das Funktionieren von sozialen Krankenversicherungen in absehbarer Zeit nicht erfüllbar erscheinen, sind ergänzend zu diesem Ansatz alternative Finanzierungsmodelle zu prüfen. Erforderlich sind jeweils eine sorgsame Abwägung von fördernden wie hemmenden Faktoren und die behutsame Einführung unter Berücksichtigung der bestehenden Bedingungen. Die Entwicklungszusammenarbeit kann hier wertvolle Hilfestellung leisten, indem sie Länder bei ihren Bemühungen nach angepassten Konzepten der Gesundheitsfinanzierung und sozialen Sicherheit unterstützt und die vielfältigen europäischen und internationalen Erfahrungen auf diesem Gebiet weiter gibt.

## 9. Literaturverzeichnis

- Adam, C., Chambas, G., Guillaumont, P., Guillaumont-Jeanneney, S., und Gunning, J.W. (2004). Performance-based Conditionality: A European Perspective, *World Development* Vo.32, No.6, pp. 1059-1070.
- Adam, Erfried; von Hauff, Michael u.a. (Hrsg.) (2002). *Social Protection in Southeast & East Asia*. Friedrich-Ebert-Stiftung/Toennes Satz + Druck GmbH, Erkrath. (<http://library.fes.de/pdf-files/iez/01443.pdf>)
- Agyemang-Gyau, Peter (1998). *The Ability and Willingness of People to Pay for their Health Care - The Case of Lushoto District, Tanzania*. Abt. Tropenhygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Heidelberg.
- Ahuja, Rajeev (2004). *Health Insurance for the Poor*. Indian Council for Research on International Economic Relations, Working Paper No. 123. Neu-Delhi. (<http://www.icrier.org/wp123.pdf>)
- Alber, Jens; Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992). *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Campus-Verlag Frankfurt/New York.
- Alber, Jens (2002). *Besser als sein Ruf. Der Sozialstaat als erfolgreiches Modell*. WZB-Mitteilungen 98. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. ([http://www.wz-berlin.de/publikation/pdf/wm98/WM98\\_24-28.pdf](http://www.wz-berlin.de/publikation/pdf/wm98/WM98_24-28.pdf))
- Ardeni, Pier Giorgio (2002). *Trade Liberalisation and Inequality Between Households. A Review of the Recent Empirical Evidence*. Centre for International Development, Bologna. WP-N. 4. ([http://www.cid-bo.it/file\\_adon/WP0402%20Ardeni.pdf](http://www.cid-bo.it/file_adon/WP0402%20Ardeni.pdf))
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2000). *Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited*. CMH Working Paper Series, Paper No WG3: 6. Washington D.C. ([http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper6.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf))
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2001). *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization*. CMH Working Paper Series, Paper No WG3: 1. Washington D.C. ([http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper1.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf))
- Baeza, Cristián; Cabezas, Marcela (1999). *¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de Seguros de Salud en Competencia en Latinoamérica?* CLAISS, Santiago. (<http://www.cristian-baeza.com/Papers%20in%20the%20WEB/Ajuste%20de%20Riesgo%20en%20LAC.pdf>)
- Baraldes, Carmen; Carreras, Lucas (2003). *Willingness to Pay for Community Health Fund Card in Mtwara Rural District, Tanzania*. Dar-es-Salaam.
- Bardroff, Martina; Hohmann, Jürgen; Holst, Jens (2000). *Gesundheitssysteme Lateinamerikas: Probleme und Reformstrategien*. Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften 26 (3-4), S. 377-399. Berlin.
- Bärnighausen, Till; Sauerborn, Rainer (2002). *One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?* *Social Science & Medicine* 54, S. 1559-1597.
- Bennett, Sara; Creese, Andrew; Monasch, Roeland (1998). *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. ARA Paper 16, Division of Analysis, Research and Assessment, WHO. Geneva.
- Beveridge Report (1942). *Social Insurance and Allied Services*, Cmd 6404. London.
- Bitrán, Ricardo; Giedion, Ursula (2003). *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries*. Worldbank – Social Safety Net Primer Series, Washington ([http://wbIn0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbIn0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf))
- Blasche, Siegfried; von Hauff, Michael (Hg.) (2003). *Leistungsfähigkeit von Sozialstaaten*. Metropolis-Verlag Marburg.

- Bloom, Gerald (1997). Primary Health Care Meets the Market: Lessons from China and Vietnam. Institute for Development Studies (IDS), Working Paper 53, Brighton. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp53.pdf>)
- Bloom, Gerald (2001). China's Rural Health System in Transition: Towards Coherent Institutional Arrangements. Institute of Development Studies, Brighton. ([http://www.ksg.harvard.edu/cbg/Conferences/financial\\_sector/ChinasRuralHealthSysteminTrans.pdf](http://www.ksg.harvard.edu/cbg/Conferences/financial_sector/ChinasRuralHealthSysteminTrans.pdf))
- Bloom, Gerald; Jing, Fang (2003). China's rural health system in a changing institutional context. Institute of Development Studies, Brighton. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp194.pdf>)
- Bobadilla, José-Luis; Cowley, Peter; Musgrove, Philipp; Saxenian, Helen (1994). Design, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin of the World Health Organisation; 72 (4), S. 653-662.
- Böcken, Jan; Butzlaff, Martin; Esche, Andreas (Hrsg.) (2000). Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A00F0A-1EB3E760/stiftung/515.pdf>)
- Bouillon, Cesar; Buvinic, Mayra (2003). Inequality, exclusion and Poverty in Latin America and the Caribbean. Implications for Development. EC/IDB Seminar: Social Cohesion in Latin America and the Caribbean. ([http://europa.eu.int/comm/external\\_relations/la/sc/idb.pdf](http://europa.eu.int/comm/external_relations/la/sc/idb.pdf))
- Brown Warren und Churchill, Craig (1999a). Providing Insurance to Low-Income Households. Part I: Primer on Insurance Principles and Products, Microenterprise Best Practices. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungshilfe (BMZ) (2001). Poverty Reduction – a Global Responsibility. Program of Action 2015. The German Government's Contribution towards Halving Extreme Poverty Worldwide. BMZ-Materialien No. 107, Bonn. (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/armutsbekaempfung-eine-globale-aufgabe.pdf>)
- BMZ (2002a). Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern. Bonn.
- BMZ (2002b). Bericht zur sozialen Sicherung der Bundesregierung. Bonn. (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/Sicherheit-BMZ.pdf>)
- BMZ (2004). Positionspapier Ankerländer – Partner für globale Entwicklung. Bonn. ([http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial116/spezial116\\_90.pdf](http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial116/spezial116_90.pdf))
- BMZ (2005). Zwölfter Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung. Materialien Nr. 131, Bonn.
- Carrin, Guy (2002). Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. International Social Security Review 55, 57-69.
- Carrin, Guy; Hanvoravongchai, Piya (2003). Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? Human Resources for Health 1 (1). Geneva/Bangkok.
- Carrin, Guy (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Health Financing Technical Paper, WHO, Geneva.
- Carrin, Guy; James, Chris (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. WHO, Department of Health Systems Financing and Resource Allocation. Geneva.
- Chanfreau, Catherine; Musau, Stephen; Kidane, Lillian (2005). Costing HIV/AIDS Services for Community Health Fund Members and Non-members in Hanang District, Tanzania. Partners for Health Reform/plus/USAID. ([http://pdf.dec.org/pdf\\_docs/PNADD549.pdf](http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNADD549.pdf))
- Deppe, Hans-Ulrich (1987). Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Edition suhrkamp, Bd. 391, 1. Auflage, Frankfurt.

- de Soto, Hernando (2002). El misterio del capital. Por qué el capitalismo triunfa en Occidente y fracasa en el resto del mundo. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Dixon, Anna; Mossialos, Elias (Eds.) (2002). Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. The European Observatory on Health Care Systems. London. ([http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory\\_report.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory_report.pdf))
- Dollar, David; Kraay, Aart (2000). Growth is good for the Poor. Development Research Group, World Bank, Washington D.C. ([http://econ.worldbank.org/files/1696\\_wps2587.pdf](http://econ.worldbank.org/files/1696_wps2587.pdf))
- Dror, David; Preker, Alexander (2002). Social reinsurance: a new approach to sustainable community health financing. ILO/World Bank, Washington D.C.
- Dror, David (2001). Reinsurance of health insurance for the informal sector. Bulletin of the World Health Organisation 79, 7, 672-8.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean/Instituto de Pesquisa Aplicada/United Nations Development Program (ECLAC/IPEA/UNDP) (2002). Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean. Santiago. (<http://www.undp.org/rblac/documents/poverty/mdg/MDGs-libro70.pdf>)
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC/CEPAL) (2004). A decade of social development in Latin America, 1990-1999. Santiago. (<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/14801/P14801.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl>)
- Ensor, Tim; Dave-Sen, Priti; Ali, Liaquat; Hossain, Atia; Begum, Shamim; Moral Hamid (2002). Do essential service packages benefit the poor? Preliminary evidence from Bangladesh. Health Pol Plan 17 (3), S. 247-256. (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/17/3/247>)
- Ensor, Tim (2004). Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. Int J H Plan & Mgmt 19, pp. 267–285. (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109581579/PDFSTART>)
- Esping-Anderson, Gøsta (1990). Three worlds of welfare capitalism. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Gertler, Paul; Hammer, Jeffrey (1997). Strategies For Pricing Publicly Provided Health Services. Berkeley/Washington D.C. (<http://www.worldbank.org/html/dec/Publications/Workpapers/WPS1700series/wps1762/wps1762.pdf>)
- Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2004). Social Health Insurance – Solidarität mit System. Erfahrungen der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Bonn/Eschborn. (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/sozialekrankenversicherung.pdf>)
- GTZ (2003). Generationengerechtigkeit: Stehlen die Alten den Jungen die Zukunft? Workshopbericht anlässlich der GTZ-EFTA, Eschborn. (<http://www.gtz.de/themen/social-development/download/EFTA-WSGenerationen.pdf>)
- Gesundheits- und Wohlfahrtsministerium (MSPyBS)/Generaldirektion für Statistik und Erhebungen (DGEEC)/Panamerikanische Gesundheitsorganisation (OPS) (2003). Exclusión Social en Salud: Paraguay. Asunción.
- Gini, Gustavo; Holst, Jens (2003). Evaluación del Seguro Integral de Caazapá en base a la metodología InfoSure. Informe Final. ([www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/carlosalvarez.pdf](http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/carlosalvarez.pdf))
- Giovanella, Lígia; Firpo, Marcelo (2003). Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Arbeitspapier Nr. 25/2004, Abteilung für Medizinische Soziologie, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main. ([http://www.kgu.de/zgw/medsoz/ArbPap%5CGiovanella\\_Brasilien\\_25.pdf](http://www.kgu.de/zgw/medsoz/ArbPap%5CGiovanella_Brasilien_25.pdf))
- Grant, Ken; Grant, Rachel (2003). Health insurance and the poor in low income countries. DFID, Health System Research Centre, London.

([http://www.healthsystemsrc.org/events/past\\_events/2003/WDR04\\_seminar/Health\\_insurance\\_and\\_poor.pdf](http://www.healthsystemsrc.org/events/past_events/2003/WDR04_seminar/Health_insurance_and_poor.pdf))

Gsänger, Hans (2003). Aktuelle Reformprozesse im Bereich der sozialen Sicherung in Afrika. BMZ-Diskussionpapier, Berlin/Bonn.

([http://www2.gtz.de/themen/social-development/download/soz\\_sich\\_afrika.pdf](http://www2.gtz.de/themen/social-development/download/soz_sich_afrika.pdf))

Haines, Andy; Cassels, Andrew (2004). Can the millennium development goals be attained? *BMJ* 329, p. 394-397.

(<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7462/394>)

Gottlieb, Scott (2000). Medical Bills Account for 40% of Bankruptcies. *BMJ* 320, S. 1295.

Ha, Nguyen; Berman, Peter; Larsen, Ulla (2003). Household utilization and expenditure on private and public Health services in Vietnam. *H Pol Plan* 17 (1), S. 61-70.

(<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/17/1/61>)

HM Treasury/ DFID (2003), International Finance Facility, London.

(<http://www.hm-treasury.gov.uk/media/790/14/ACF6FB.pdf>)

Hohmann, Jürgen; Schramm, Bernd; Holst, Jens et al (2005). Linking up social protection systems in developing countries. Overview of some experiences & approaches. GTZ, Eschborn. (in preparation)

Holst, Jens (2003). Krankenversicherungsstrukturen der Mennoniten im paraguayischen Chaco. Bonn/Eschborn.

(<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/krankenversicherungen-paraguayischer-chaco.pdf>)

Holst, Jens (2004a). La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión. Secretaría Técnica de Planificación /GTZ-Projekt PLANDES. Asunción. (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/proteccion-social-paraguay.pdf>)

Holst, Jens (2004b). Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay. Projekt PLANDES. Asunción.

(<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/esquemas-salud-paraguay.pdf>)

Holst, Jens (2004c). Gesundheitswesen in Chile. Selektion und soziale Ausgrenzung. VAS-Verlag, Frankfurt/Main.

Holst, Jens (2004d). Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Bonn/Eschborn.

(<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/eigenbeteiligung-gesundheitswesen.pdf>)

Holst, Jens; Laaser, Ulrich; Hohmann, Jürgen (2004). Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity. *Journal of Public Health* 12, 4, 271-282, Springer-Verlag Heidelberg.

(<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>)

Holst, Jens; Wiebe, Nicola (Hrsg.) (2004). Universalidad con solidaridad: Protección social y financiamiento de salud en América Latina. GTZ/VAS-Verlag, Eschborn/Frankfurt.

Holst, Jens; Stierle, Friedeger (2005). User Fees in Health Care: Myths, Truths and Evidences. GTZ-Working Paper. Eschborn. (in preparation)

Holzmann, Robert; Jørgensen, Steen (2000). Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond. World Bank Social Protection Discussion Paper No. 0006, Washington.

(<http://wbIn0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/5125006103900B86852568A90073019A?OpenDocument>)

Hu, Teh-Wie (2004). Financing and Organisation of China's Health Care. *Bulletin of the World Health Organisation* 82 (7).

(<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n7/v82n7a02.pdf>)

Hua, Fu; Di, Xue (2003). Achieving Coordinated and Integrated Care among LTC Services: Case-Study China. WHO, Geneva.

([http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562498\\_China.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562498_China.pdf))

- Huber, Goetz; Hohmann, Jürgen; Reinhard, Kirsten (2003). Mutual Health Organization (MHO) – Five Years Experience in West Africa. GTZ, Eschborn/Bonn. ([www2.gtz.de/health-insurance/download/GTZ-Westafrika%20MHO-english.pdf](http://www2.gtz.de/health-insurance/download/GTZ-Westafrika%20MHO-english.pdf))
- International Labour Office (ILO) (2001). Social Security: A new consensus. ILO, Geneva. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/download/aconsens.pdf>)
- ILO (2003). Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organisations. Evidenca and Challenges. Discussion Paper. Universitas Programme, STEP Unit, Geneva. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/101p1.pdf>)
- International Poverty Health Network (IPHN) (2002). Health – a global public good? IPHN Bulletin Number 10: January 2002. IPHN, London. (<http://www.iphn.org/bulletin10.htm>)
- Jütting, Johannes (2001). The impact of health insurance on the access to health care and financial protection in rural areas of developing countries: The example of Senegal. Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF), Bonn.
- Jütting, Johannes (2003). Health Insurance for the Poor? Determinants of Participation in Community-Based Health Insurance Schemes in Rural Senegal. OECD Development Centre, Working Paper 204, OECD, Paris. (<http://www.oecd.org/dataoecd/39/62/2492297.pdf>)
- Jung, Young-Tae; Shin, Dong-Myeon (2002). Social Protection in South Korea. In: Adam, Erfried; von Hauff, Michael u.a., S. 15-20. (<http://library.fes.de/pdf-files/iez/01443008.pdf>)
- Kassie, Alebachew, Sokunthea, Nguon (2000). Credit and landlessness: impact of credit access on landlessness in Cheung Prey and Battambang districts, Cambodia. Phnom Penh: Center for Advanced Studies 9, pp. 1-34.
- Kawabata, Kei; Xu, Ke; Carrin, Guy (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. Bulletin of the World Health Organisation 80 (8). WHO, Geneva. (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n8/v80n8a02.pdf>)
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997). Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt a. M.
- Kenya Ministry of Health (2003). National Social Health Insurance Strategy. Nairobi. (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/NSHI-strategy-paper-kenya-ver4.pdf>)
- Kenya Ministry of Health (2004). Sessional Paper No. 2 of 2004 on National Social Health Insurance in Kenya. Nairobi. ([http://www2.gtz.de/backup-initiative/download/KE\\_Sessional\\_Paper\\_NSHIF.pdf](http://www2.gtz.de/backup-initiative/download/KE_Sessional_Paper_NSHIF.pdf))
- Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) (2005). Innovative Entwicklungsfinanzierung – die International Finance Facility. Weltwirtschaftliche Lage und Perspektiven (WLP). ([http://www.kfw-entwicklungsbank.de/DE/Service/OnlineBibl48/PDF-Dokumente/WLP\\_07\\_05.pdf](http://www.kfw-entwicklungsbank.de/DE/Service/OnlineBibl48/PDF-Dokumente/WLP_07_05.pdf))
- Kraay, Aart (2004). When is Growth Pro-Poor? Evidence from a Panel of Countries. World Bank, Policy Research Working Paper No. 3225. ([http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/04/000009486\\_20040604152023/Rendered/PDF/wps3225growth.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/04/000009486_20040604152023/Rendered/PDF/wps3225growth.pdf))
- Kwon, Soonman (2003). Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency. International Social Security Review, Vol. 56, Nr. 1, pp.75-94.
- Laaser, Ulrich (2002). The Institutionalization of Public Health Training and the Health Sciences. Public Health Reviews 30/1-4, 71-95.
- Lamiraud, Karine; Booyesen, Frikkie; Scheil-Adlung, Xenia (2005). The impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment: A case study of South Africa, ESS Paper No 23. ILO, Geneva.

- Lampert, Heinz; Altmann, Jörn (2001). Lehrbuch der Sozialpolitik. 6. überarb. Auflage, Berlin, Heidelberg.
- Liebig, Klaus (2000). Private Krankenversicherungen in Lateinamerika. Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme lateinamerikanischer Gesundheitssysteme lösen? Sozialer Fortschritt Nr. 2/3, 7.3.2000, nach PKV-Aktuell Nr. 047/2000 vom 8.3.2000, 14-19.
- Lindbeck, Assar (2002). The European Social Model: Lessons for Developing Countries. Seminar Paper No. 714. Institute for International Economic Studies, Stockholm University. ([www.iies.su.se/publications/seminarpapers/714.pdf](http://www.iies.su.se/publications/seminarpapers/714.pdf))
- Loewe, Markus (2001): Bringing together the Strengths of Multiple Providers of Social Protection. German Development Institute / Deutsches Institut für Entwicklungspolitik (DIE), Bonn.
- Lora, Eduardo; Panizza, Ugo (2002). Structural Reforms in Latin America under Scrutiny. Inter-American Development Bank (IADB), Washington/Fortaleza. (<http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-470.pdf>).
- Madueño, Miguel; de Habich, Midori; Jumpa, Manuel (2004). Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos. ¿Existe una demanda potencial en el Lima Metropolitano? Consorcio de Investigación Económica y Social/ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. (<http://www.consortio.org/CIES/html/pdfs/pm0205.pdf>).
- Mackintosh, Maureen (2003). Health Care Commercialisation and the Embedding of Inequality. RUIG / UNRISD Health Project Synthesis Paper (Draft paper). ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/\(httpProjects\)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/(httpProjects)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument)).
- Marshall, T. H. (1950). Citizenship and social class and other essays. Cambridge. Cambridge University Press.
- Marmot, Michael, Bosma, Hans; Hemingway, Harry; Brunner, Eric; Stansfield, Stephen (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. The Lancet 350, S. 235-239.
- Marmot, Michael (2004). Creating Healthier Societies. Bulletin of the World Health Organisation 82 (5), WHO, Geneva. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/5/en/320.pdf>)
- Mboya, Tom (2004). Family Education Pocket-Book on Social Health Insurance in Kenya. Centre for Quality in Healthcare (CQH), Nairobi.
- McKinnon, Roddy (Ed.). (2004). Developments and trends in social security 2001-2004. Toward newfound confidence. International Social Security Association, Geneva. (<http://www.issa.int/pdf/GA2004/2DT.pdf>)
- Meesen, Bruno, Criel, Bart und Kegels, Guy (2002). Institutionelle Lösungen zur gemeinschaftlichen Risikovorsorge bei Krankheit in Afrika südlich der Sahara: Überlegungen angesichts der vorgefundenen Hindernisse, Internationale Revue für Soziale Sicherheit, 55(2), S.91-119.
- Meessen, Bruno; Zhenzhong, Zhang; van Damme Wim; Devadasan, Narayanan; Criel, Bart; Bloom, Gerald (2003). Editorial: Iatrogenic poverty. Tropical Medicine & International Health 8 (7), p. 581 [doi:10.1046/j.1365-3156.2003.01081.x]. (<http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1365-3156.2003.01081.x/full/>)
- Mills, Anne; Bennett, Sarah (2002). Lessons on Sustainability from Middle to Lower Income Countries. Funding health care: options for Europe. In: Mossialos, Elias; Dixon, Anne; Figueras, Josep et al.: 206-25. Open University Press, Buckingham.
- Morrisson, Christian (2002). Health, Education and Poverty Reduction. OECD Policy Brief No. 19.

- Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep et al. (Eds.) (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press, Buckingham.
- Murray, Christopher; Evans, David (2003). Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO, Geneva. ISBN 92 4 156245 5  
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>,  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455\\_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_(part1).pdf) - ...  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455\\_\(part5\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_(part5).pdf)).
- Musgrove, Philip; Zeramdini Riadh (2001). A Summary Description of Health Financing in WHO Member States. CMH Working Paper No. WG3: 3. WHO, Geneva.  
([http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper3.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper3.pdf))
- Normand, Charles; Weber, Axel (1994). Social health insurance: a guidebook for planning. World Health Organization/ILO, Geneva.
- Okello, Francis; Feeley, Frank (2004). Socioeconomic Characteristics of Enrollees in Community Health Insurance Schemes in Africa. CMS Country Research Series No 15. USAID/Commercial Market Strategies Project. Washington D.C.  
([http://www.cmsproject.com/resources/PDF/CMS\\_Insurance\\_Enrollees.pdf](http://www.cmsproject.com/resources/PDF/CMS_Insurance_Enrollees.pdf))
- Organisation for Economic Development and Cooperation (OECD) (1998). Data on health: A comparative analysis of twenty-nine countries. Paris.
- OECD/WHO (2003). Development Assistance Committee - Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris.  
([http://www.oecd.org/document/46/0,2340,en\\_2649\\_34621\\_2505966\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/46/0,2340,en_2649_34621_2505966_1_1_1_1,00.html))
- Pauly, Mark; Nichols, Len (2002). The Nongroup Health Insurance Market: Short On Facts, Long On Opinions And Policy Disputes. Health Affairs – Web Exclusive, S. W325-W344.  
(<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.325v1.pdf>)
- Prata, Ndola; Montagu, Dominic; Jefferys, Emma (2005). Private sector, human resources and health franchising in Africa. Bulletin of the World Health Organization 83 (4), pp. 274-279. Geneva.  
(<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/274.pdf>)
- Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jakab, Melitta; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna (2001). A Synthesis Report on the Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. CMH Working Paper No. WG3: 4. WHO, Geneva.  
([http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper4.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper4.pdf))
- Preker, Alexander (Hrsg.) (2002). Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington D.C.
- Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jakab, Melitta; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna (2002). Effectiveness of Community Health Financing in Meeting the Cost of Illness. Bulletin of the World Health Organization 80, 2, pp. 143-150. WHO, Geneva.  
(<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>)
- Preker, Alexander; Langenbrunner, Jack; Jakab, Melitta (2002). Rich-Poor Difference in Health Financing. Chapter 1 in Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing. World Bank and International Labour Organisation, Washington D.C.  
([http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/08/27/000012009\\_20030827151353/Rendered/PDF/265280PAPER0Social0reinsurance.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/08/27/000012009_20030827151353/Rendered/PDF/265280PAPER0Social0reinsurance.pdf))
- Preker, Alexander; Carrin, Guy (Ed.) (2004). Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing. World Bank/WHO/ILO, Washington/Geneva.  
(<http://www1.worldbank.org/publications/pdfs/15525frontmat.pdf>)
- Ravallion, Martin (2001). Growth, Inequality and Poverty: Looking Beyond Averages. World Development 29 (11), p. 1803-1815.

- Ravaillon, Martin (2003). Targeted Transfers in Poor Countries: Revisiting the Trade-Offs and Policy Options, Social Protection Discussion Paper Series, No.0314, Social Protection Unit, World Bank, Washington D.C.
- Ravallion, Martin (2004). Pro-Poor Growth: A Primer. World Bank, Washington DC, Policy Research Working Paper No. 3242.  
([http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/06/09/000009486\\_20040609104122/Rendered/PDF/wps3242growth.pdf](http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/06/09/000009486_20040609104122/Rendered/PDF/wps3242growth.pdf))
- Republic of Kenya (2004). Kenya Gazette Supplement No. 29 (Bills No. 10): The National Social Health Insurance Fund Bill, Nairobi.  
([http://www2.gtz.de/backup-initiative/download/KE\\_NSHIF\\_Bill.pdf](http://www2.gtz.de/backup-initiative/download/KE_NSHIF_Bill.pdf))
- Reynaud, Emmanuel (2002). The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office, ESS Paper no. 3. ILO, Geneva.
- Richardson, Jeff (1991). The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care. National Health Strategy Background Paper No 5. Calgary.  
(<http://www.health.gov.au/archive/nhs/documents/nhs6.pdf>)
- Sachs, Jeffrey (Ed.) (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Developing. WHO, Geneva.  
(<http://www.cmhealth.org>,  
<http://www.un.org/esa/coordination/ecosoc/docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf>)
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003a). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I, II, Kurzfassung.  
([http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/e02c0a2dfd4bfe4980256cd6007789bb/\\$FILE/SVR\\_GA03\\_lang.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/e02c0a2dfd4bfe4980256cd6007789bb/$FILE/SVR_GA03_lang.pdf))
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003b). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003c). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden.
- Saltman, Richard; Figueras, Josep (1996). European Health Care Reforms. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Saltman, Richard; Figueras, Josep (1996). European Health Care Reforms. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Saltman, Richard. Figueras, Josep (1998). Analyzing the Evidence on European Health Reforms. Health Affairs 17(2): 85-108.
- Saltman, Richard; Busse, Reinhard; Mossialos, Elias (2002). Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. Open University Press, Buckingham.  
(<http://www.who.dk/document/OBS/REBC01.pdf> - .../REBC11.pdf)
- Saltman, Richard (2002). The Western European Experience with Health Care Reform. World Health Organisation, Regionalbüro Europa, Kopenhagen.  
([http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223_2))
- Sanhueza; Ricardo (2000). Riesgo, Mercado y Seguridad Social en Salud: Revisión de Algunos Aspectos Conceptuales. Universität Chile, Santiago.  
([http://www-decon.facea.uchile.cl/~rsanhuez/papers/riesgo\\_y\\_salud.pdf](http://www-decon.facea.uchile.cl/~rsanhuez/papers/riesgo_y_salud.pdf)).
- Scharpf, Fritz; Schmidt, Vivian (Hrsg.) (2000). Welfare and work in the open economy. Oxford University Press, Oxford. Bd. I und II.
- Scheil-Adlung, Xenia (2004). Sharpening the Focus on the Poor: Policy Options for Advancing Social Health Protection in Indonesia, ESS Paper no 19. ILO, Geneva.
- Schramm, Bernd; Sodani, P.R. (2003). Expert Mission on Health Financing / Health Insurance Training Needs and Dialog Programmes in India. Final Report. GTZ/InWEnt, Eschborn/Bonn.

(<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/mission-on-health-financing-training-needs-in-india.pdf>)

Schwefel, Detlef; Vučković, Myriam; Korte, Rolf; Doetinchem, Ole; Bichmann, Wolfgang; Brandrup-Lukanow, Assia (2004). Health, Development and Globalisation. Guidelines and Recommendations for International Cooperation. GTZ/DTG/KfW/DGPH/DVGPH, Eschborn. ([http://www2.gtz.de/themen/social-development/download/geg\\_rz.pdf](http://www2.gtz.de/themen/social-development/download/geg_rz.pdf))

Schwefel, Detlef; Holst, Jens (Eds.) (2005). YEMEN – Situation Assessment and Proposals for a National Health Insurance System. Study Report GTZ/WHO/ILO, Eschborn/Sana'a.

Sen, Priti (1997). Community Control of Health Financing in India: A Review of Local Experiences Technical Report No. 8. Partnerships for Health Reform (PHR), Betehesda. (<http://www.phrplus.org/Pubs/te8fin.pdf>)

Sepehri, Ardeshir; Sarma, Sisira; Simpson, Wayne (2004). Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam Living Standards Survey panel. Paper to be presented at the 38th Annual Meetings of the CEA at Ryerson University, Toronto. (<http://www.umanitoba.ca/faculties/arts/economics/Sisir/vietnampap1.pdf>)

Shaw, Paul; Griffin, Charles (1995). Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance. World Bank, Washington D.C.

Smith, Peter; Witter, Sophie (2001). Risk Pooling in Health Care Finance. Report Prepared für the Worldbank Workshop Resource Allocation and Purchasing in health: Value for Money, Reaching the Poor. York/Washington D.C.

Smith, Peter (2003). Copayments and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. University of York, York. (<http://www.eco.unibs.it/~segdse/paperseminari/charges2.pdf>)

Stamm, Andreas (2004). Schwellen- und Ankerländer als Akteure einer globalen Partnerschaft. Discussion Paper 1/2004, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Bonn. ([http://www.die-gdi.de/die\\_homepage.nsf/6f3fa777ba64bd9ec12569cb00547f1b/02f7a0fc8470aecd1256f490039823f/\\$FILE/DP-1-Stamm.pdf](http://www.die-gdi.de/die_homepage.nsf/6f3fa777ba64bd9ec12569cb00547f1b/02f7a0fc8470aecd1256f490039823f/$FILE/DP-1-Stamm.pdf))

Stone, Deborah (1993). The Struggle for the Soul of Health Insurance. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 18, (2), S. 289-315.

United Nations (2000). „United Nations Millennium Declaration“ A/RES/55/2, New York. (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>)

van de Ven, Wynand; Ellis, Randall P. (2000). Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. *Culyer & Newhouse*, S. 755-845.

van Doorslaer, Eddy; Adam Wagstaff (2001). Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe, and Impoverishment, with Applications to Vietnam, 1993–98. Working Paper 2715, World Bank, Washington D.C. ([http://econ.worldbank.org/files/2601\\_wps2715.pdf](http://econ.worldbank.org/files/2601_wps2715.pdf))

van Damme, Wim; Meessen, Bruno; Por, Ir; Kober, Katharina (2003). Catastrophic health expenditure. *The Lancet* 362, 9388, S. 996.

van Ginneken, Wouter (2003). Extending social security: Policies for developing countries. ILO, ESS (Extension of Social Security), Paper 13. ESS Paper series. Geneva. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/download/esspaper13.pdf>)

Velázquez, Germán; Madrid, Yvette; Quick, Jonathan (1999). Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos. Serie Economía de la Salud y Medicamentos No 6, WHO-Programm Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. WHO/DAP/98.3.

von Hauff, Michael (2002). The Relevance of Social Security for Economic Development. In: Adam, Erfried; von Hauff, Michael u.a., S. 15-20. (<http://library.fes.de/pdf-files/iez/01443002.pdf>)

von Hauff, Michael; Sauer, Leonore (2003). Die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive. In: Siegfried Blasche, Michael von Hauff (Hg.), S. 93-115.

- Wagstaff, Adam (2002). Poverty and Health Sector Inequalities. WHO Theme Papers Policy and Practice. Bulletin of the World Health Organisation 80, 2, S. 97-105. ([http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-2-E-2002/80\(2\)97-105.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-2-E-2002/80(2)97-105.pdf))
- Wagstaff, Adam; Claeson, Mariam (2004). Rising to the Challenges. The World Bank, Washington D.C.
- Wagstaff, Adam; van Doorslaer, Eddy (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Econ 12 (11), S. 921-34.
- Wasem, Jürgen (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen in der Bevölkerung. Janssen-Cilag GmbH, Neuss.
- Weber, Axel; Stierle, Friedeger; Hohmann, Jürgen; Schramm, Bernd; Schmidt-Ehry, Bergis; Holst, Jens (2004). Social Protection in Health Care - European Assets and Contributions. GTZ, Eschborn. (<http://www2.gtz.de/themen/social-development/download/soc-protect-eu-2002.pdf>)
- Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran; Evans, Timothy (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 358, S. 833-836.
- Witter, Sophie (2002). Health Financing in Developing and Transitional Countries. Briefing Paper for OXFAM, University of York, York.
- World Bank (1994). World Development Report 1993: Investing in Health. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington D.C. ([http://publications.worldbank.org/e-commerce/catalog/product?item\\_id=194651](http://publications.worldbank.org/e-commerce/catalog/product?item_id=194651)).
- World Bank (2003). World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington D.C. ([http://econ.worldbank.org/files/30036\\_ch8.pdf](http://econ.worldbank.org/files/30036_ch8.pdf)).
- World Health Organization (WHO) (2000). World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva. (<http://www.who.int/whr/2000/en/>)
- WHO (2003). World Health Report 2003. Shaping the Future. WHO, Geneva. (<http://www.who.int/whr/2003/en/>)
- WHO (2004a). PRSPs: Their Significance for Health: second synthesis report. WHO/HDP/PRSP/04.1. WHO, Geneva. (<http://www.who.int/hdp/prsps/en/>)
- WHO (2004b). Social Health Insurance. Report by the Secretariat. Executive Board EB115/8. 115th Session 2 December 2004. Provisional agenda item 4.5. Genf. ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_8-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_8-en.pdf))
- World Health Organisation (2005a). Fifty-Eighth World Health Assembly A58/20, Provisional agenda item 13.16. WHO, Geneva. ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_20-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_20-en.pdf))
- WHO (2005b). Make every Mother and Child. World Health Report 2005, Geneva. ([www.who.int/entity/whr/2005/en/](http://www.who.int/entity/whr/2005/en/))
- WHO (2005c). Health and the Millennium Development Goals. WHO, Geneva. ([http://www.who.int/mdg/publications/MDG\\_Report\\_08\\_2005.pdf](http://www.who.int/mdg/publications/MDG_Report_08_2005.pdf))
- Xu, Ke; Evans, David; Kawabata, Kei; Zeramdini, Riadh; Klavus, Jan; Murray, Christopher (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 362, 9378, S. 111-117.
- Zambia Ministry of Finance and National Planning (2002). Zambia Poverty Reduction Strategy Paper. Lusaka. ([http://poverty.worldbank.org/files/11240\\_Zambia\\_PRSP.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/11240_Zambia_PRSP.pdf))
- Zeller, Manfred; Schrieder, Gertrud; von Braun, Joachim; Heuidhues, Franz (1997). Rural Finance for Food Security for the Poor. International Food Policy Research Institute, Washington D.C. (<http://www.ifpri.org/themes/mp05.htm>)

- Zeller, Manfred; Sharma, Manohar (1998). Rural Finance and Poverty Alleviation. Food Policy Report, International Food Policy Research Institute, Washington D.C. (<http://www.ifpri.org/pubs/fpr/fpr25.pdf>)
- Zhao, Kai (2002). Report on Total Health Accounting in 2000. China Health Economics 3, S. 29-32.