

## Rückforderung der Gesundheitsressourcen

- EQUINET (The Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa) entstand 1997 als ein Zusammenschluss von Institutionen aus Ost- und Südafrika
- Das EQUINET Steering Komitee dirigierte den Report gemeinsam mit anderen Organisationen und Individuen, die eine Gleichstellung im Gesundheitsbereich fordern.
- Gemeinsame Erfahrungen und gemeinsames Wissen über die Region wurden in dem Report zusammengetragen, um die Entwicklung und Implementierung von politischen Entscheidungen, die die gesundheitliche Gleichheit fördern, zu unterstützen.
- Ziel des Reports ist es die Situation nicht nur zu beschreiben, sondern vor allem zu vermitteln, dass lokale Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden können um der Problematik der Ungleichheit entgegenzuwirken.
- Rene Loewenson: Hauptautorin
- 16 Länder der ost- und südafrikanischen Region werden behandelt: Kongo, Uganda, Kenya, Tansania, Angola, Malawi, Sambia, Mozambique, Madagaskar, Mauritius, Südafrika, Lesotho, Swaziland, Namibia, Botswana und Simbabwe
- Die Schlussfolgerungen die aus der Analyse gezogen werden, betrachtet EQUINET gleichzeitig als Chance und als Herausforderung. Als Institutionsnetzwerk legen sie Wert darauf Dialog, Analyse und Debatte, wie auch Wissensaustausch und Lernen innerhalb der Region weiterhin zu stärken

Die globale Aufmerksamkeit richtet sich mehr und mehr auf Gleichheit und auf Afrika: Der *Human Development Report* der UN von 2006, der *Report on the World Situation* von 2005 und das von der Weltbank im Jahr 2006 herausgegebene *World Development Review*, beziehen sich alle auf Ungleichheiten. Im Jahr 2008 bemüht sich auch die World Health Organisation (WHO) Kommission darum Alternativen zu finden um Gleichheit im Gesundheitsbereich, durch das Einwirken auf die sozialen Determinanten der Gesundheit, zu erreichen. Auch Kommissionen und spezielle Programme beziehen sich immer mehr auf Afrika, da hier der Mangel einiger Menschen an selbst den grundlegendsten Rechten (Wasser, Essen, Unterkunft) besonders deutlich wird.

Die Analyse zeigt, dass es durchaus Möglichkeiten gibt Ungleichheiten im Gesundheitssektor zu bewältigen: Die Rückforderung der Gesundheitsressourcen zur Erlangung von Gleichheit kann auf drei verschiedenen Wegen erfolgen:

1. Arme Menschen fordern einen gerechteren Anteil von nationalen Ressourcen um ihre Gesundheit zu verbessern
2. Eine gerechtere Rückkehr für Ost- und Südafrikanische Länder von der globalen Ökonomie um die Gesundheitsressourcen zu steigern.
3. Ein größerer Anteil an globalen und nationalen Ressourcen sollte in redistributive Gesundheitssysteme fließen um die Effekte von schlechter Gesundheit zu bewältigen.

Zurzeit ist das Gesundheitsbild in Afrika von hohen Sterblichkeitsraten, geringen Lebenserwartungen und Unterernährung geprägt. Nichtsdestotrotz geht dieser Bericht davon aus, dass es Möglichkeiten gibt das gesamte Gesundheitssystem zu verbessern. Dabei wird ein breiter Ansatz verfolgt, denn sowohl die Zivilgesellschaft, die Gemeinden und der Staat an sich, als auch die internationale Gesellschaft müssen hierzu etwas beisteuern. Die Region hat das ökonomische und soziale Potential um seine gesundheitlichen Bedürfnisse zu decken, doch substantielle Ressourcen fließen aus Afrika raus, so dass sich Ungleichheiten weiter ausbreiten und viele Menschen weiterhin in Armut leben. Der schlechte Gesundheitszustand der Region ist auf grundlegende Ursachen zurückzuführen, da sich soziale, ökonomische und kulturelle Lebensbedingungen gleichermaßen darauf auswirken.

## **Kapitel 1: Fortschritte in der gesundheitlichen Gleichheit in Ost- und Südafrika**

Die Länder im Ost- und Südafrikanischen Raum, haben das soziale und ökonomische Potenzial um ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zu decken – das niedrige BIP spiegelt nicht den tatsächlichen Reichtum wider, der aufgrund der natürlichen Ressourcen besteht. Ungleichheiten in der Verteilung stellen sowohl in den einzelnen Ländern, als auch zwischen ihnen ein großes Problem dar.

Obgleich sich die Gesundheitsfürsorge in den letzten Jahren ausgedehnt hat, so zeigen sich die Lücken am deutlichsten bei Gruppen mit den größten gesundheitlichen Bedürfnissen. Um die Verpflichtung der Länder, ungerechte Unterschiede bei dem Zugang zu Gesundheit zu reduzieren, Wirklichkeit zu machen, muss es zunächst eine Rückforderung der Gesundheitsressourcen geben: Ärmere Haushalte brauchen einen gerechteren Zugang zu nationalen Ressourcen. Gleichheit der Gesundheit impliziert, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus angesprochen werden, die an sich nicht notwendigerweise bestehen müssten. Interventionen die von diesem Gleichheitsprinzip motiviert sind, verteilen die Ressourcen vorzugsweise an diejenigen, mit dem niedrigsten Gesundheitsstatus.

Die Parameter die genutzt werden um Gesundheit zu messen, können in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich definiert sein. Allerdings ist der Zugriff auf internationale Daten oftmals einfacher als auf nationale Daten. Diese sind nicht immer aktuell und oftmals fehlen Informationen. Daten spiegeln nicht immer die Komplexität von Situationen und Interventionen in der Region wieder.

### **Gelegenheiten für Gesundheit in Ost- und Südafrikanischen Ländern**

Die Ost- und Südafrikanische Region hat eine bedeutsame Fülle an Reichtum: 2005 betrug das kombinierte BIP \$356 Milliarden bei einer Gesamtpopulation von 304 Millionen Menschen. Allerdings passt die Realität nicht zu dem bestehenden Potential und variiert stark zwischen den Ländern: Kongo, eines der ressourcenreichsten Länder der Region, hat eines der niedrigsten BIPs.

Die Frage stellt sich, inwiefern die Zivilbevölkerung Vorteile aus dem Ressourcenreichtum zieht. Obgleich sich die Länder der Region zwischen 1975 und 1995 in ihrem HDI<sup>1</sup> verbessert haben, so haben sich zwischen 1995 und 2004 nur 6 der 16 Länder gesteigert - in den meisten Ländern hat die Entwicklung aufgehört oder sich umgekehrt. Die Tendenz zeigt, dass sich das BIP in den Ländern schneller verbessert als das HDI. Ein verbessertes BIP hat sich nicht automatisch in einer Verbesserung des HDIs niedergelegt, so ergab sich dieses negative Verhältnis zumeist in Ländern mit einem höheren BIP. Diese Lücke zwischen ökonomischem Wachstum und „human development“ wird bei den einzelnen Haushalten am deutlichsten.

Auch der HPI<sup>2</sup> fällt für 5 Länder der Region sehr schlecht aus, da mehr als 70% der Haushalte unter die Armutsgrenze von US\$2 fallen. Armut ist in dieser Region eine ausschlaggebende Determinante für Gesundheit und die hohen Werte in Ländern in denen das BIP ansteigt zeigen, dass es bedeutsame Unterschiede in der Verteilung von Gütern gibt. Eine Möglichkeit solche Einkommensungleichheiten zu messen ist der Gini-Koeffizient<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Human Development Index (HDI): ein Index der menschlichen Entwicklung in den Ländern der Welt. Der HDI wird seit 1990 im jährlich erscheinenden Human Development Report des UNDP veröffentlicht. Berücksichtigt wird nicht nur das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner eines Landes, sondern auch die Lebenserwartung und der Bildungsgrad mit Hilfe der Alphabetisierungsrate und der Einschulungsrate der Bevölkerung. Der Faktor Lebenserwartung gilt als Indikator für Gesundheitsfürsorge, Ernährung und Hygiene

<sup>2</sup> Human Poverty Index (HPI): Ein Index für Armut mit einem Wert zwischen 0 und 100, wobei 0 minimale und 100 maximale Armut bedeutet. Umfasst: Überlebensfähigkeit (Wahrscheinlichkeit vor dem 40. Lebensjahr zu sterben), Zugang zu Bildung (Prozentsatz des erwachsenen Analphabeten) und einen angemessenen Lebensstandard.

<sup>3</sup> Die Einkommensverteilung zwischen Haushalten in einer Region wird hiermit deutlich gemacht. Der Wert 0 besagt, dass Gleichheit besteht, 1 besagt, dass Ungleichheit besteht.

Es zeigt sich, dass Länder mit einem hohen Gini-Koeffizienten auch ein höheres BIP haben und niedrigere Gesamtarmut - dennoch zeigt sich seit 1995 ein deutlicher Anstieg der Armut. Der Gini-Koeffizient ist ein kritischerer Faktor in Ländern mit hohem Einkommen als in solchen mit Niedrigem: In Ländern mit niedrigerem Einkommen in der Region, untergräbt der Gesamtangel an Ressourcen die Haushaltsressourcen für Gesundheit.

In allen Ost- und Südafrikanischen Ländern sind die Möglichkeiten für „human development“ sehr gering. Wachstum findet statt, obwohl die Armut ansteigt. Ein hohes Armutsniveau ist eine wichtige Determinante für schlechte Ergebnisse bezüglich der Entwicklung. Diese Ungleichheiten zu reduzieren scheint ein wichtiger Faktor damit Wachstum sich in der Reduzierung der Armut widerspiegelt.

### **Gesundheitsstatus in ost- und südafrikanischen Ländern**

Gesundheitsstatus Indikatoren verdeutlichen ökonomische und „human development“ Ergebnisse: menschliche Entwicklung wird stark von geringer Lebenserwartung beeinträchtigt. Beispielsweise rangierte die Lebenserwartung bei der Geburt 2003 von 32.5 Jahren in Swaziland zu 72.2 Jahren in Mauritius: 40 Jahre Unterschied in derselben geographischen Region. Global gesehen sind solche Unterschiede noch ausgeprägter. Insgesamt leben 10% der Weltbevölkerung in Afrika. Doch auch 25% der globalen Krankheitsbelastung befindet sich hier - 60% aller Menschen mit HIV/AIDS und die höchste Krankheitsbelastung bzgl. Tuberkulose und Malaria in der Welt. Dennoch hat Afrika weniger als 1% Teilhabe an den globalen Gesundheitsausgaben und nur 2% der globalen Gesundheitsbelegschaft.

AIDS hat den größten Einfluss auf die Sterblichkeit in den Ländern der Region: HIV macht die Fortschritte innerhalb der Entwicklung wieder rückgängig und gilt als größte Bedrohung für nachhaltige Entwicklung in der Region. Zurzeit sind 16 Millionen Erwachsene und Kinder mit dem AIDS-Virus infiziert, 2005 sind fast 1,4 Millionen Menschen an Folgekrankheiten des Virus gestorben. Insgesamt findet man 75% der Frauen und 90% der Kinder mit AIDS in Afrika. Die Verbreitung der Epidemie variiert innerhalb der Region (von nur 0.6% in Mauritius zu 33.4% in Swaziland). Die Koinzidenz von Armut und Wohlstand und die hohe Ungleichheit in vielen Ländern der Region, stellen ein hohes Risiko Umfeld für AIDS dar.

### **Zugang zu Gesundheitsversorgung in Ost- und Südafrikanischen Ländern**

Nach dem Erlangen der Unabhängigkeit, ging es für viele Länder der Region darum, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, da zu der Zeit viele Menschen der Region gar keinen Zugang hatten. Aufgrund der Annahme, dass niemandem Zugang zur Gesundheitsversorgung verwehrt werden sollte, gab es eine rasante Ausbreitung der gesundheitsbezogenen Infrastruktur. Obwohl sich die Verfügbarkeit von Diensten verbessert hat, so zeigt die Erfahrung in der Region, dass die Zugänglichkeit und Nutzung unterschiedlicher Leistungen mit erheblichen Problemen bei der nachhaltigen Verfügbarkeit verbunden ist.

Ogleich die Bereitstellung von Gesundheitseinrichtungen die Verfügbarkeit verbessert hat, ist es schwierig, sozioökonomische Unterschiede zu bewältigen. So bestehen beispielsweise große Unterschiede bei dem Zugang zur Gesundheitsversorgung zwischen armen und reichen Haushalten. Ein Problem stellt der Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus dar: Hat die Einrichtung zu der ein Patient gebracht wird nicht genug Personal und Medikamente, bedeutet das für ärmere Familien einen größeren Verlust als für Reichere, da diese noch die Chance haben Alternativen zu suchen. Mehr Einrichtungen zur Verfügung zu stellen ist notwendig, aber nicht ausreichend um die Verfügbarkeit anzugehen. Innerhalb der Region gibt es große Wohlstandsunterschiede und eine Steigerung der Armut. Dies hängt mit der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Gesundheit zusammen: wenn ärmeren Haushalten Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ermöglicht werden soll, dann muss auch die Verfügbarkeit der Leistungen erheblich vergrößert werden.

### **Gleichheit durch Rückforderung der Gesundheitsressourcen**

Das BIP ist oftmals ein schlechtes Indiz für den tatsächlichen Wohlstand eines Landes. Obwohl es in den letzten Jahren ökonomisches Wachstum gab, so hat sich dieses nicht in der menschlichen Entwicklung niedergeschlagen. Die Vorteile des Wachstums reichen nicht bis zu den Haushalten, vor allem dort, wo es eine erhöhte Armut und immer größer werdende Unterschieden beim Zugang zu Wohlstand gibt. Dies zeigt sich verstärkt in Ländern mit höherem BIP, so dass man so dem Entschluss kommen kann, dass relative Ungleichheit im Bezug auf Einkommen und Wohlstand als Bremse für die Armutsreduktion wirkt, sogar dort, wo Wachstum stattfindet.

Gesundheitseinrichtungen stehen vor neuen Herausforderungen, wie die Entwicklung neuer Interventionsformen, die aus der hohen Belastung durch AIDS und anderen chronischen Krankheiten resultieren.

## **Kapitel 2: Zurückforderung der ökonomischen Ressourcen für Gesundheit**

Bei der Umverteilung der Gesundheitsressourcen können Gesundheitssysteme eine strategische Rolle spielen. Solche Systeme integrieren alle Aspekte deren Absicht es ist Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten.

### **Enteignung des afrikanischen Wohlstands auf Kosten der afrikanischen Gesundheit**

Die erste Herausforderung der die afrikanischen Länder gegenüberstehen ist unsicheres und abhängiges Wachstum. Gegenüber den Entwicklungszielen sind die tatsächlichen Wachstumsraten niedrig geblieben. Die Abhängigkeit von grundlegenden Gütern stellt ein verbreitetes Merkmal der Produktion, des Exports und des Wachstums in allen Subregionen dar.

Die zweite Herausforderung besteht in der benachteiligten Position des Landes im Bezug auf globale Ungleichheit: Das, global betrachtet, abgemagerte BIP Afrikas und die hohe Kindersterblichkeitsrate verdeutlichen die globale Benachteiligung zwischen den Forderungen für sozialen Schutz und den Ressourcen um diesen tatsächlich zu gewährleisten.

Afrika ist kein armer Kontinent, allerdings fließen die landeseigenen Ressourcen eher auswärts, als dass sie im Land selbst bleiben. Dies hat mehrere Gründe, beispielsweise Schulden, rückläufige Handelsbedingungen, reduzierte Auslandsinvestitionen und innerstaatliche Ersparnisse, wie auch die Abwanderung vieler menschlicher und natürlicher Ressourcen. Diese Abwanderungen vermindern die nationalen- und Haushaltsressourcen für Gesundheit. Gerade Handelsbedingungen beeinflussen Gesundheit und Gesundheitspflege mehr und mehr, vor allem im Bezug auf den Zugang der Menschen zu Medikamenten und der Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitspflege. Eine Folge dieser Ressourcenabwanderung ist, dass die afrikanische Bevölkerung von Armut geprägt ist und die Gesundheitsressourcen erschöpft sind.

### **Afrikanische Länder erhalten abnehmende Erträge vom Handel**

Der Handel mit natürlichen Ressourcen hat 2000 fast 80% der afrikanischen Exporte ausgemacht. Lediglich vier Länder der Region erhalten zumindest 25% ihrer Außenhandelsverdienste von mehr als vier Produkten. Angola, Botsuana, Uganda und Sambia sind von einem Produkt abhängig, das 75% ihrer Exporterträge ausmacht. Die Region ist abhängig von einzelnen Produkten und in den letzten Jahren sind die Preise für afrikanische Exporte extrem gesunken: Die Handelsbedingungen für solch grundlegende Ressourcen zu verschlechtern führt dazu, dass mehr produziert werden muss, dabei aber weniger Gewinn entsteht.

Vor allem die Nahrungsindustrie wird von diesen Tendenzen beeinträchtigt. Rückläufige internationale Preise haben zu verminderten Gewinnen geführt, während die sich ausdehnenden Flächen der Produktion auf brachliegendes Land eingegriffen haben, den Boden strapaziert und der Biodiversität geschadet haben. Gleichzeitig wird die Nahrungsmittelversorgung zunehmend von wenigen transnationalen Firmen kontrolliert, so dass die Produzentenpreise weiter fallen, Konsumentenpreise steigen und Gewinne auf die Verarbeitung und den Einzelhandel übergehen.

### **Rapide Handelsliberalisierung leert die Ressourcen des öffentlichen Sektors**

Der Verlust von öffentlichen Gewinnen, verursacht durch die Abschaffung der Zölle, wird nicht durch die verbesserten Einnahmen durch Handel ausgeglichen. Für viele Länder im östlichen und südlichen Afrika, sind die Gewinne von Import Abgaben und anderen Zöllen bedeutend. Der Freihandel hat die Haushaltsressourcen für Produktion und Nahrungssicherheit aufgebraucht, welche kritisch für Gesundheit sind. Vor allem die kleinbäuerlichen Betriebe sind von den Preissenkungen betroffen und haben ihre Märkte an subventionierte Importe verloren.

Auch ausländische Direktinvestitionen sind im Vergleich zu den Erträgen gering und haben nur limitierten Nutzen für die afrikanischen Ökonomien, vor allem weil sie in einer kleinen Anzahl an Ländern konzentriert sind. Aktienanlagen hingegen, haben zumeist die Form von riskanten, spekulativen Investitionen in Aktien- und Währungsmärkte angenommen. Direkte Investitionen werden dem vorgezogen, Ausländische Investitionen werden Akquisitionen vorgezogen. Letztendlich haben sich privatisierte ausländische Direktinvestitionen als Enttäuschung herausgestellt. Die Gewinne der Investoren sind sehr hoch. Die Afrikanische Union hat zu einer verbesserten Entwicklung von inneren Kapitalmärkten aufgerufen und eine regionalen Integration von Kapitalmärkten, insbesondere für kleinere Ökonomien.

Auch alternative Quellen ausländischer Direktinvestitionen wurden erkundet – ausländische Direktinvestitionen zwischen sich entwickelnden Ländern (Süd-Süd) wachsen nun mehr als solche zwischen den sich entwickelten und den entwickelten Ländern (Nord-Süd), obwohl die absoluten Beträge nicht so hoch sind wie die Nord-Süd Investitionen. Die Afrikanische Union sieht dabei China und Indien als die neuen Treiber des afrikanischen Wachstums. China bietet beispielsweise eine Schuldenreduktion, sowie begünstigte Handelsbedingungen an und finanziert somit erhebliche Investitionen in die Infrastruktur. Solche Kapitalinvestitionen werden bevorzugt, da sie nicht die makro-ökonomischen Konditionen der Kredite der westlichen Institutionen beinhalten. Doch obwohl diese Investitionen eine neue Quelle für Kapital darstellen, kann eine Ausbeutung der natürlichen Ressourcen, schlechte Arbeitsbedingungen, inadäquate Übertragung der Fähigkeiten an Afrikaner und eine Bedrohung für die innerstaatliche Industrie durch Konkurrenz von den preiswerten chinesischen Importen festgestellt werden. So besteht die Chance, dass durch die chinesische Infrastruktur und Export-Kredite mehr Schulden gemacht werden.

Der Abbau von nicht-erneuerbaren Ressourcen und der Konsum des Nordens vom globalen Gemeingut (zum Beispiel saubere Luft), sind auch als Verlust für die Region zu verzeichnen. Gäbe es fairere Rahmenbedingungen, so würden diese Verluste die Schulden der Region ausgleichen. Die Ressourcenabgaben um Schulden auszugleichen, erschöpfen weiterhin die zur Verfügung stehenden Ressourcen für Gesundheit. Der Kontinent zahlt mehr Schulden zurück als jemals gemacht wurden: Rückzahlungen sind drei mal so hoch wie das Einkommen von Krediten und in den meisten Ländern auch höher, als das was durch den Export verdient wird.

Druck durch Staaten und Zivilbevölkerung haben zu einer Reihe an Schuldenerlassungsmaßnahmen geführt, zunächst unter der „Heavily-Indebted Poor Countries initiative“ (HIPC). Doch obgleich sich soziale Ausgaben erhöht haben, so kommen sie vor allem dem Bildungs- und nicht dem Gesundheitssektor zugute. Der Prozess dauert

sehr lange, trotzdem ist es sinnvoll das durch Schuldenerlasse ersparte Geld für den sozialen Sektor auszugeben.

Offizielle Entwicklungshilfe ist eine bedeutende Quelle des Kapitals für viele Länder in Ost- und Südafrika. Doch eine bedeutende Summe wird für Verwaltungskosten und ausländische Berater ausgegeben oder an Exporte oder Firmen von den aufbringenden Staaten gebunden. Ein Großteil der Entwicklungshilfe fließt somit nicht in Projekte und Programme (nur 38%). Die Einnahmen durch Entwicklungshilfe können die Ausgaben des Kontinents nicht ausgleichen. Maßnahmen die gerechte Einnahmen von Investitionen und gerechtem Handeln fördern, sind nicht ersetzbar. Wichtig ist also eine effektive Antwort auf die Ausgaben, als Teil einer nachhaltigen Strategie, um die Ressourcen für Gesundheit zurückzufordern.

### **Rückforderung der Gesundheitsressourcen**

Reformvorschläge behaupten, dass die Armut in Afrika durch ein besseres Investitionsklima und besseren Marktzugang rückgängig gemacht werden kann. Doch die bisherigen Ergebnisse dieser Strategien hinterlassen Zweifel an ihrer Effektivität.

Die größten Probleme in Afrika beruhen auf ungerechtem Handel und unfairen Einnahmen von der Weltwirtschaft. Verschiedene Strategien zur Entgegenwirkung der Ausgaben wurden erstellt:

- Die Offenlegung des Geldflusses sollte sichergestellt werden,
- die Schuldentrückzahlungen systematisch unterlassen werden,
- innerstaatliche Investitionen gestärkt werden,
- „Phantom-Hilfsangebote“ nicht angenommen werden,
- Finanzübertragungen reguliert werden
- Für Handelsbeziehungen sollten Strategien verfolgt und Fördergelder angewandt werden die heranwachsende Industrien schützen.
- Die Kosten für ausländische Investitionen sollen sorgfältig kalkuliert werden (nicht nur die Begünstigungen)
- Investitionen bei denen diese Kalkulationen nicht vorteilhaft sind sollten abgelehnt werden
- Steuern auf Währungsübertragungen
- Ökologische Reparaturen sollten vorgenommen werden

Aktivitäten haben sich auf der gesellschaftlichen Basis, angesichts der Exklusion, erhöht, die aus der Kommerzialisierung oder dem Verkauf von grundlegenden Leistungen, aus den Handelsregeln die den Zugang zur Gesundheit untergraben und aus ökonomischen Strategien die Unterhaltungskosten und den Zugang zu sozialen Einrichtungen nicht ermöglichen, resultiert.

### **Nahrungssouveränität als Mittel um Ernährung zu verbessern**

Nahrung wird immer mehr wie eine Allerweltsware behandelt und Nahrungssicherheit wird durch Marktbedingungen definiert. Doch eine der grundlegendsten Funktionen eines Staates besteht darin, Nahrungsmittelproduktionen so zu kontrollieren, dass die Bevölkerung ernährt werden kann. In Afrika steigt die Anzahl an unterernährten Kindern, vor allem im östlichen Teil des Kontinents.

Der Status des Landes wird durch demographische Gesundheitsgutachten beobachtet und an nationalen Gutachten gemessen. So können Tendenzen und Ungleichheiten festgestellt werden. Ergebnisse zeigen, dass sozioökonomische Bedingungen wichtige Determinanten für den Ernährungszustand darstellen, und dass schlechter werdende Ernährung ein Treiben für gesundheitliche Ungleichheiten in Ost- und Südafrikanischen Ländern ist. Klimatische und Umwelt Bedingungen verstärken diese Faktoren und werden wahrscheinlich zu einer steigenden Ernährungsunsicherheit in der Region führen. Nahrungssouveränität kann die sozialen Determinanten von Unterernährung am ehesten angehen und besteht aus folgenden Maßnahmen:

- Nahrungsproduktion für innerstaatliche und lokale Märkte zur Priorität machen

- Gerechte Preise für Bauern sicherstellen, das bedeutet, dass interne Märkte von billigen Importen geschützt werden müssen
- Bereitstellung von Zugang zu Land, Wasser, Wäldern und anderen produktiven Ressourcen durch Redistribution
- Die Rolle der Frauen bei der Nahrungsproduktion anerkennen und fördern und ihnen gleichen Zugang und Kontrolle über produktive Ressourcen mit Entscheidungsfähigkeiten geben.
- Das öffentliche und kommunale Recht schützen Land, Wasser und Viehbestände zu verwalten und zu nutzen.
- Samen für den freien Tausch und Gebrauch von Bauern schützen, da sie die Nahrungsbasis darstellen
- Öffentlich Investitionen um Familien zu unterstützen und die produktiven Aktivitäten, lokale Kontrollen und Nahrungsmittelproduktion für lokale Märkte und die Menschen der Gemeinden.

Ernährung verbessert sich wenn Agrarstrategien Frauen als Kleinbauern Priorität geben: Frauen tragen für 80% der Nahrungsmittelproduktion Verantwortung in Afrika, obwohl sie keinen gleichen Zugang zu Land und Ressourcen haben. Es gibt keine handfesten Beweise, dennoch zeigen sich Tendenzen, dass die Globalisierung zu mehr geschlechtlichen Ungleichheiten führt. Die Umschichtung des Handels und der Investitionen, hin zu großen, kommerziellen Bauernbetrieben, geschehen auf Kosten der Frauen. Wäre ein gleichberechtigter Zugang zu Ressourcen und Humankapital möglich, wären Bäuerinnen in der Lage dazu genauso viel oder mehr Gewinn zu schaffen als Männer. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen ihre Ressourcen nutzen um das Wohlergehen ihrer Kinder zu bessern, ist höher als bei Männern.

Verbesserungen in der Ernährung sind nachhaltig, wenn Lösungen für Hunger und Nahrungskrisen lokale Märkte und die Nahrungsmittelproduktion im Haushalt stärken: Häufige Dürreperioden und der akute Hunger der daraus unter Konditionen der chronischen Armut folgt, haben Nahrungshilfedreiecke in der Region gestärkt, bestehend aus der Agrarindustrie, Versandindustrie und wohltätigen Organisationen. Eine große Anzahl der großen NGOs hat Lebensmittelhilfe für einen viertel bis zu der Hälfte ihres Budgets genutzt. Doch diese Art von externer Hilfe hat Konsequenzen für die lokalen Märkte und Produktion. Es wird zu wenig auf die lokalen Fähigkeiten zur Nahrungsmittelproduktion geachtet bei Lebensmittelprogrammen in Schulen oder Nahrungsinterventionen für Menschen mit HIV/AIDS. Diese Programme könnten eine wichtige Investition für die Gesundheit und Ernährung der Menschen sein, allerdings müssten die Länder Rahmenbedingungen für Strategien angeben, um eine Verknüpfung der Nahrung mit einem zunehmenden Zugang zu Land und anderen Ressourcen für die lokale Produktion und lokale Märkte besonders für Frauen stimuliert werden könnten.

### **Gesundheit in Handelsvereinbarungen schützen**

Patente geben denjenigen die sie haben eine Monopolstellung bezüglich der Produktion und dem Verkauf des jeweiligen Produktes – das gilt auch für Medikamente. Eigentlich sollte es darum gehen, Forschungen und Entwicklungsinvestitionen zu schützen, allerdings gibt es auch die Möglichkeit patentierte Medikamentenpreise hoch zu halten, so dass sich viele das Medikament nicht leisten können. Die Beschaffung von teuren Medikamenten geschieht auf Kosten des Gesundheitssystems und ist seit vielen Jahren eine Hürde um Behandlung zu bekommen. Auf einem Treffen der Welthandelsorganisation 2001 in Doha, wurde das „Trade Related Intellectual Property Right“ (TRIPS) beschlossen, d.h. Patente sollten so interpretiert werden, dass sie dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und dem Zugang für alle zu Medikamenten dienen. Unter anderen wurden aus diesem Grund „compulsory Licences“ (Pflichtlizenzen) von Ländern herausgegeben, um Medikamente ohne Erlaubnis des Lizenzinhabers zu importieren. Auch „paralleler Import“ wird ermöglicht, das heißt dass Regierungen ein Medikament importieren, das unter einem Patent in einem bestimmten Land hergestellt wurde aber für weniger Geld in einem anderen Land verkauft wird. Solche

„compulsory licences“ wurden bereits 2002 wegen HIV/AIDS in Simbabwe an Firmen verteilt. Diese konnten das Medikament entsprechend günstiger herstellen oder importieren.

Jedes Land sollte die Bestimmungen für „compulsory licencing“ in seinem Gesetz verankern. Doch auch Länder, die die TRIPS Flexibilitäten implementieren, haben zu wenig Information und wissen deshalb oftmals nicht welche Optionen ihnen offen stehen. Die neue Herausforderung der Länder besteht darin internationalen Druck auszuüben, um vereinfachte Prozeduren für Exporte zu bekommen und um andere Quellen von günstigen Medikamenten ausfindig zu machen die nicht patentiert sind, beispielsweise aus Brasilien und Thailand.

### **Kapitel 3: Universale, umfassende, Personen-zentrierte Gesundheitssysteme aufbauen**

Durch die ökonomischen und sozialen Ungleichheiten in Afrika, liegt es an den Gesundheitssystemen eine Rolle bei der Umverteilung der Ressourcen an diejenigen, mit den größten gesundheitlichen Bedürfnissen, zu spielen. Länder in der Region haben diese Umverteilung durch Gesundheitssysteme, die vom öffentlichen Sektor geführt werden vorgenommen. Erhöhte öffentliche Investitionen in Gesundheit und umfassende Basisgesundheitsversorgung haben zu verbesserten gesundheitlichen Ergebnissen geführt, besonders für diejenigen mit den größten gesundheitlichen Bedürfnissen.

#### **Welche Art von Gesundheitssystem fordert die gesundheitlichen Ressourcen zurück?**

Gesundheitssysteme in der Region wurden oftmals von Ungleichheitsfördernden Strategien herausgefordert. Bestimmte Strategien, die Ressourcen an diejenigen mit dem größten gesundheitlichen Bedarf verteilen, haben zu Verbesserungen geführt. So beispielsweise:

- Das Fördern des Ansatzes einer umfassenden Basisgesundheitsversorgung und das involvieren von anderen Sektoren in Gesundheit.
- Die Umverteilung der Ressourcen innerhalb des Systems in Richtung Prävention, Verbesserung der Infrastruktur, Stärkung der Basisgesundheitsversorgung und das Anbieten verbesserter Gesundheitsleistungen die zum Zeitpunkt der Nutzung kostenlos sind. So wird Konkurrenz des privaten und öffentlichen Sektors für öffentliche Finanzierung verhindert.
- Das Anerkennen und die Investition in die zentrale Rolle der Personen in Gesundheitssystemen. Gemeinschaften und die Nutzer sollten in die Planung und Führung einer Leistung miteinbezogen werden.

#### **Das Organisieren der Gesundheitssysteme rund um Basisgesundheitsversorgung**

Basisgesundheitsversorgung führt dazu, dass sich das gesamte System in Richtung der Förderung von Gesundheit und der Prävention schlechter Gesundheit bewegt. Bereiche der gesundheitlichen Intervention werden priorisiert die verloren gehen, wenn Systeme darauf getrimmt sind nur auf Krankheiten zu reagieren. Somit geht es um eine strategische Herangehensweise zu Neuorganisierung von Gesundheitssystemen. Die Verpflichtung Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu handhaben und schlechte Gesundheit zu verhindern steht dabei im Vordergrund. Auch die Gemeinschaften müssen miteinbezogen werden. Ein Grund dafür ist, dass reichere Gruppen besseren Zugang zur Gesundheit haben, da das Gesundheitssystem mehr Ressourcen in „bessere“ Krankenhäuser steckt. Eine Aufteilung des Budgets und mehr Investitionen in Basisgesundheitsversorgung, würden dem entgegenwirken. 1996 wurde diese Umverteilung in Afrika angewandt:

Basisgesundheitsversorgung stand jedem Bürger zu und schwangere Frauen, sowie Kinder unter 6 Jahren, wurden umsonst behandelt. Dieser Ansatz zeigte Erfolg: die Anzahl an Masererkrankungen stagnierte, ebenso wie die Anzahl der Toten. Ressourcenmangel hat in

vielen Ländern dazu geführt, dass man sich eher auf selektive als auf umfassende Basisgesundheitsversorgung konzentrierte.

Gesundheitssystem mit Gleichheitsfördernden Elementen wurden in der Geschichte noch nie durch den Markt gesichert oder organisiert. Verbesserung kann nur durch gestärkte öffentliche Systeme erreicht werden. Investitionen in das Gesundheitswesen sind notwendig um eine Umverteilung von Ressourcen zu ermöglichen.

Durch den AIDS Virus stehen viele Systeme vor neuen Herausforderungen, denn auch solche, die sich zuvor auf Prävention und Behandlung für akute Krankheiten bezogen haben, müssen nun auch lebenslange Behandlungen verwalten. Doch auch hier bietet das nationale, universale, allgemeine, Personenzentrierte und redistributive Gesundheitssysteme die beste Option, um Zugang zu antiretroviralen Behandlungen zu bekommen.

### **Lehren aus der Bereitstellung antiretroviraler Therapie**

Als die Integration der Basisgesundheitsversorgung nicht mehr den zentralen Aspekt bei Gesundheitssystemen darstellte, haben vertikale, auf Krankheiten spezialisierte Programme an Bedeutung zugenommen.

Anstatt sich auf die Nachhaltigkeit und Entwicklung von Gesundheitssystemen zu konzentrieren, lag der Fokus auf vier vertikalen Programmen: Wachstumsbeobachtung, orale Rehydratation, Brustfütterung und Immunisierung, später auch Familienplanung, Bildung von Frauen und Nahrungsergänzungen. Da sich diese Programme nicht mehr auf die von der Alma-Ata-Deklaration verkündete „selektive Basisgesundheitsversorgung“ und der damit verbundenen sozialen Gleichheit bezogen haben, gab es einige Gegner der Programme.

Selektive Basisgesundheitsversorgung hat sich zu einer Reihe von Krankheitsspezifischen Programmen ausgebreitet, mit denen allerdings nicht die Themen der stagnierenden Gesundheitsversorgung angesprochen werden und die einen negativen Effekt auf die Mobilisierung von Ressourcen für wesentliche Dienste haben. Eine Integration der Basisgesundheitsversorgung auf die spezialisierten Herangehensweisen, führen dazu, dass sowohl die Ressourcen der Krankenhäuser, als auch der Gemeinden genutzt werden um Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Gerade durch Betrachtungen der antiretroviralen Therapie wurde deutlich, dass es verschiedenen Faktoren gibt die zu Ungleichheiten im Gesundheitssystem beitragen, so zum Beispiel die unterschiedliche Ressourcenverteilung zwischen dem städtischen und ländlichen Sektor, die Unzulänglichkeit ausgebildeter Krankendienste, die schwache Integration in bestehende Programme und Leistungen und die Fragmentierung und Segmentierung von Spendern und Anbietern. Wenn man mit diesen Schwächen umzugehen lernt, profitiert das Gesundheitssystem von einer erhöhten Kapazität.

### **Bedrohungen für Gleichheitsorientierte Gesundheitssysteme**

Es wurden in der Ost- und Südafrikanischen Regionen bereits Maßnahmen vorgestellt, die limitierte Effekte auf die Verbesserung des Systems hatten, manche haben es sogar verschlechtert. Rückläufige Budgets und weniger relative Verteilung an die Erst- und Präventivversorgung, haben die Qualität der Versorgung verschlechtert.

Liberalisierungsstrategien und Marktreformen haben Gesundheitssysteme ebenfalls beeinträchtigt. Anstelle von nationalen Gesundheitssystemen, die vom öffentlichen Sektor vorangetrieben werden, wird eine Mischung aus öffentlichen, privaten und freiwilligen Anbietern begünstigt, so dass die Rolle des öffentlichen Sektors heruntergespielt wird. Die Regierungen werden weg von direkter Servicebereitstellung, hin zu einer Verwaltungsrolle dirigiert. Unternehmensautonomie des tertiären und quartären Krankenhaussektors wird gefördert. Außerdem wird sich weg von steuerbasierten Finanzierungen, hin zu Versicherungsschemen, lokaler Ressourcenmobilisierung und Benutzergebühren bewegt. Befürworter dieser Maßnahmen argumentieren, dass so Gleichheit und Effektivität der Leistungen verbessert wird.

Doch die Privatisierung und Kommerzialisierung von Gesundheit hat negative Effekte auf Gleichheit und Zugang zu Gesundheit. Länder der Region haben bereits verschiedene Optionen ausfindig gemacht und negative Effekte, wie beispielsweise fragmentierte Systeme, kontrolliert. Die Kommerzialisierung hat vor allem Probleme für die Deckung und den Zugang zu entscheidenden Diensten verursacht. Auch die Tatsache, dass ökonomische Effizienz über der öffentlichen Gesundheit steht, hat die Staaten delegitimiert und Bürger mit sozialen Rechten zu individuellen Konsumenten transformiert.

Der liberalisierte Wachstum von privater Versorgung und stagnierender Zugang zu öffentlichen Gesundheitsdiensten, hat zu parallelen Welten geführt. Auf der einen Seite stehen diejenigen mit Reichtum und Gesundheit und auf der anderen Seite stehen die Armen, die noch nicht einmal Zugang zu Tuberkulosemedikamenten oder sicherem Wasser haben. Innerhalb von Gesundheitssystemen sind vertikale und krankheitsspezifische Programme essentiell, da sie bestimmte Maßnahmen anbieten um besonders anfälligen Gruppen zu helfen. Doch mit reduzierten öffentlichen Ressourcen werden diese Programme bekannter als die Systeme in denen sie agieren. Statt der Integration von solchen Programmen in Gesundheitssysteme, kommt es zu einer Teilung der Ressourcen (die Programme bekommen mehr), so dass letztendlich das Gesamtsystem fragiler wird.

### **Die Wiederbehauptung des öffentlichen Interesses in Gesundheit**

Es wird vor allem zwischen zwei Szenarien unterschieden:

1. Gesundheitssysteme die von der Öffentlichkeit vorangetrieben werden und um Prinzipien der öffentlichen Gesundheit, Gleichheit und Solidarität organisiert sind.
2. segmentierte Gesundheitssysteme die um den Markt organisiert sind und auf Kosten effizienten Prinzipien beruhen.

Öffentliche Interessen werden von öffentlichen Partnerschaften durchgesetzt die entwickelt wurden, um Gesundheitssysteme zu erhalten und zu stärken. Partnerschaften mit verschiedenen Institutionen innerhalb eines Staates (Universitäten, lokale Autoritäten) führen zu einer Vermischung von verschiedenen Fähigkeiten von denen profitiert werden kann. Bei transnationalen Kooperationen werden Firmen möglicherweise involviert, deren Umsatz größer ist als das BIP der Staaten. Wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit gehandelt wird, wird Unterstützung von internationalen öffentlichen Gesundheitskonventionen und Zivilbevölkerung benötigt. Gesundheitsforderungen sind die Basis von Rechten und Verpflichtungen die gesichert werden müssen, vor allem in einer Umgebung mit mächtigen Märkten.

Es gibt verschiedene Grundlagen auf nationalem, internationalem und regionalem Niveau die diese Rechte sichern und schützen, leider sind diese nicht immer bekannt. Die meisten Länder der Region haben die Abkommen ratifiziert (Bsp: African Charter on Human and Peoples' Rights, International Covenant on Economic, Social and Rights), manche haben den Schutz der Gesundheit sogar in ihre Verfassungen eingebettet.

## **Kapitel 4: Faire Finanzierung von Gesundheitssystemen**

Gesundheitssysteme können die Gesundheitsressourcen nur dann zurückfordern, wenn Länder adäquate Gesundheitsfinanzierung haben. Schätzungen zeigen, dass die Kosten um Gesundheitssysteme zu finanzieren bei mindestens US\$60 p.P./jährlich liegen. Zusätzliche Forderungen von AIDS und den Millennium Entwicklungszielen kosten bis zu US\$150 pro Kopf. Doch fast die Hälfte der Länder in der Region befindet sich unter diesen Angaben im öffentlichen Sektor. Bei Betrachtung dieser Lücken ergibt sich, dass Regierungen ihre eigene Gesundheitsfinanzierung auf mindesten 15% steigern müssen (vgl. Abuja<sup>4</sup>). EQUINET

---

▪ <sup>4</sup> Eine riesige Differenz besteht zwischen den verfügbaren Ressourcen und der Gesundheitsversorgung in afrikanischen Ländern. Abuja besagt, dass:

spricht sich jedoch für „Abuja plus“ aus, welches eine Annullierung der Schulden beinhaltet, wie auch eine Umverteilung der Ressourcen, die für die Schuldentrückzahlungen verwendet werden, an den Gesundheitssektor. Basis ist, dass die Kosten für eine Behandlung nicht den Lebensunterhalt gefährden sollten. Diejenigen die in der Lage dazu sind mehr zu zahlen, sollten auch mehr zahlen als diejenigen, die es nicht können.

### **Adäquate Ressourcen für nationale Gesundheitssysteme**

Die Basis für einen Dialog über Gerechtigkeit bei Gesundheit ist adäquate Finanzierung: wenn öffentliche Finanzierung nicht ausreichend ist, zahlen arme Haushalte mehr für eine schlechtere Qualität and Versorgung. Angemessenheit der nationalen Finanzierung wird anhand von Gesundheitsfinanzierung als Anteil des BIPs, als Teil der Regierungsausgaben und als pro Kopf Finanzierung von Gesundheit betrachtet. Die UN Kommission für soziale Entwicklung empfiehlt das Länder 5% ihres BIPs für Gesundheit auszugeben – in der Region rangieren die Ausgaben jedoch zwischen 0,7% in DRC zu 3,3% in Malawi. Geht man von dem Durchschnitts-BIP in der Region von US\$1171 aus, bedeutet ein 5% Anteil US\$59. Ist das eine adäquate Gesundheitsfinanzierung? Was kostet ein Gesundheitssystem?

Schätzungen diesbezüglich sind schwierig, da oft nationale Perzeptionen davon, wie umfangreich oder integriert ein System sein sollte, die Finanzierung bestimmen.

Schätzungen deuten jedoch auf die Kosten eines nationalen Gesundheitssystem hin, dass förderlich, präventiv, kurativ und rehabilitierend ist: Die WHO Kommission für Makroökonomie und Gesundheit hat 2003 geschätzt, dass die notwendigen Dienste zwischen US\$34 und US\$38 pro Kopf jährlich kosten. Eine Studie in Ghana (2001) schätzte US\$54 und ein WHO-Bericht von 2000 ging von US\$60 bis US\$80 im Jahr aus. Erstere Schätzung von 2003 bezieht sich auf minimale Interventionen für HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose o.ä. Krankheiten. Die Schätzungen zwischen US\$34 und US\$38 würden auch direkte Kosten Miteinbeziehen.

Die Schätzungen des WHO-Reports beinhalten sowohl minimal adäquate Interventionen, wie auch die nötige Infrastruktur. Diese Kosten von US\$60 werden nur von wenigen Ländern getroffen, manche erreichen noch nicht einmal die US\$34 Grenze pro Kopf. Ohne internationale Finanzierung wird es nicht möglich sein globale Verpflichtungen, wie die MDG's, zu erreichen. Die Afrikanischen Staaten die sich in Abuja getroffen haben, verpflichteten ihre Länder zu 15% Zahlung in den Gesundheitssektor (ausgehend von den Gesamtkosten).

Bisher sind die Erfolge nicht beeindruckend. Obgleich die öffentliche Aufmerksamkeit 2005 wieder auf die Thematik gelenkt wurde, zeigte sich, dass nur fünf Staaten ihre Gesundheitsausgaben überhaupt erst erhöht haben. Lediglich Botswana hat sich an die Verpflichtung gehalten. Die Tatsache, dass mehr für die Schuldenerhebung als für die Gesundheit in den Ländern ausgegeben wird, ist bedenklich. Diese Schulden auszugleichen verbraucht einen Großteil der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Aus diesem Grund ist „Abuja Plus“ notwendig: 15% Ausgaben für den Gesundheitssektor sowie internationale Unterstützung und eine Annullierung der Schulden.

### **Gerechtes Finanzieren von Gesundheitssystemen**

Auch die Gerechtigkeit von Gesundheitssystemen ist nebst der Finanzierung von Bedeutung: wenn Systeme national, umfassend, universal und Personenzentriert sein sollen, dann muss Ressourcenmobilisierung auf gerechte Weise erreicht werden, weitere Verarmung der

- 
1. innenpolitische Ressourcen für die Gesundheit aufgewendet werden müssen (15%): die afrikanischen Ländern müssen ihre eigene Verpflichtung gegenüber dem Gesundheitssystem deutlich machen indem eigene Ressourcen hineinfließen.
  2. die Schulden erlassen werden müssen:  
Die Bemühungen der Regierungen innenpolitische Ausgaben zu erhöhen sollte nicht durch die Schulden zunichte gemacht werden.
  3. die Länder von ODA (Overseas Development Aid) (0,7% des BIP an ODA) unterstützt werde müssen: Die OECD Staaten sollten ihrer Verpflichtung nachkommen und 0,7% ihres BIPs an ODA abgeben.

Armen durch zusätzliche Kosten muss vermieden werden und Ressourcen müssen umverteilt werden in die Bereiche, die die größten Bedürfnisse und Auswirkungen haben. Grund zur Sorge bietet vor allem die Zunahme an privaten Finanzierungen in den Ost- und Südafrikanischen Ländern: Die Frage danach wie gerecht die Finanzierung und die Größe der Risikopools und Optionen offen für Subventionen bieten Grund zur Sorge.

### **Gesundheitsressourcen durch progressives Einkommen mobilisieren**

In progressiven Steuersystemen wird die persönliche Einkommenssteuer von einer beträchtlichen Firmeneinkommenssteuerkomponente ergänzt. Die Länder der Regionen könnten eine Reihe von Vermögenssteuern einführen. Auch der Prozentsatz an Profiten die ausländische Firmen verlagern dürfen, kann eingeschränkt werden. Viele Optionen werden noch erforscht und neue Aufmerksamkeit wird der Krankenversicherung gewidmet:

Gerade die Erfahrungen mit privaten Krankenversicherungen sind nicht positiv. In vielen Ländern soll eine verpflichtende, soziale Krankenversicherung eingeführt werden. Das konkrete Ziel der universellen Abdeckung aller hat bisher nur Ghana<sup>5</sup>. Problematisch ist die Entstehung einer Zweiklassengesellschaft, bestehend aus denjenigen, die versichert sind und denjenigen, die es nicht sind. Steuerfinanzierungen müssen sich um die Gruppen kümmern, die schwer zu erreichen sind (solche die im informellen Sektor tätig sind oder Selbstständige).

Die Einführung eines verpflichtenden nationalen Versicherungsschutzes muss in den Kontext einer politischen und strategischen Verpflichtung zu einem allgemeingültigen Versicherungsschutz integriert werden. Um dieses Ziel zu erreichen muss ein klarer strategischer Plan bestehen. Andauernde Steuerfinanzierung stellt die effektivste Methode da um Universalität und Gleichheit zu erreichen, da es die beste Finanzierungsmöglichkeit für Staaten in der Region ist, die unter Armut und Ungleichheit leiden.

### **Die Reduzierung von Eigenbeteiligung**

Der Anteil an Eigenbeteiligung hat im östlichen und südlichen Afrika eine Steigerung erlebt. Über 25% der Gesundheitsversorgungsausgaben im Großteil des Landes. Diese Eigenbeteiligung stammt zum Großteil aus Nutzungsgebühren, die von öffentlichen und privaten Anbietern gefordert werden. Haushalte verwenden auch eine erhebliche Summe für indirekte Kosten wie Transport oder verlorene Arbeitszeit auf.

Im privaten Sektor sind die Nutzungskosten mit Gewinnmotiven verknüpft. Studien im östlichen und südlichen Afrika haben jedoch gezeigt, dass selbst mit niedrigen Kosten Probleme verbunden sind. Beispielsweise haben Gebühren oftmals eine unangemessene Eigenbehandlung zur Folge. Doch das Abziehen der Gebühren müsste mit erhöhter öffentlicher Finanzierung verknüpft sein, ansonsten fehlen in den Krankenhäuser zum Beispiel wichtige Medikamente. Doch letztendlich führt das Entfallen der Gebühren zu mehr Gleichheit und besserer Deckung von Gesundheitsdiensten, solange es adäquate Finanzierung gibt um die Basis Gesundheitsversorgung der Menschen zu sichern.

### **Vorhersehbare externe Finanzierung**

Während die Mobilisierung von innerstaatlichen Ressourcen zentral für adäquate Gesundheitsfinanzierung ist, ist auch externe Finanzierung für viele Staaten essentiell. Doch gerade deshalb bietet deren Veränderlichkeit, Unvorhersehbarkeit und Kurzfristigkeit Grund zur Sorge. Außerdem werden durch externe Finanzierung die staatlichen Gesundheitsprioritäten verzerrt.

Sektorenübergreifende Ansatz (Sector-wide approach: SWAp) Mechanismen wurden eingeführt, um Möglichkeiten für die gemeinsame Finanzierung von unterschiedlichen Komponenten innerhalb des Gesundheitssektors zu bieten und um Geldmittel zu bündeln. Durch koordinierte Verwaltung von externen Geldmitteln und geplanten

---

<sup>5</sup>In Ghana gibt es eine explizite Verpflichtung 60% der Bürger innerhalb von 10 Jahren in eine Krankenversicherung einzubinden. Möglich ist dies durch die Tatsache, dass sowohl der informelle als auch der formelle Sektor einbezogen ist, und dass es zwar unterschiedliche Finanzquellen für die jeweiligen Sektoren gibt, diese jedoch zusammengeführt werden.

Ressourcenumverteilungen, haben Sektorenübergreifende - Ansätze ermöglicht, dass externe Finanzierungsmittel linear mit staatlichen policy-Prioritäten verwendet werden. Eine Einbettung dieser Ansätze in Ost- und Südafrikanische Länder hat gezeigt, dass sich die Kapazitäten der Regierungen, zu planen und Programme zu implementieren, gesteigert haben. Auch bei der Verwaltung der Geldmittel des Ansatzes, haben sich Schwierigkeiten ergeben, beispielsweise wenn es darum ging, Finanzberichte von lokalen Ebenen zu bekommen. Erfahrungen zeigen, dass der sektorenübergreifende Ansatz eine wichtige Rolle bei der Koordination von Innenpolitischen- und externen Finanzierungen spielen kann, aber als Prozess betrachtet werden sollte.

Bei manchen externen Geldgebern wurde ein genereller Budgetunterstützungsansatz verwendet um ihre Gelder durch ein zentrales Finanzministerium zu leiten. Dieses verteilt die Geldmittel dann in den Sektoren, unter Konsultation mit den Hauptinteressensvertretern. Viele externe Geldgeber wechseln zu diesem Ansatz, unter Anderem, weil so ein besserer Dialog zwischen Regierungen und externen Geldgebern über die Hauptausgabensprioritäten möglich ist und weil man mehr Kontrolle über die Gelder die zur Verfügung stehen hat. Generell führen Erfahrungen in der Region zu der Annahme, dass es vorhersehbare externe Finanzierungen geben muss, die mit sektoralen Finanzierungen verbunden sind und durch nationale Regierungsentscheidungen, unter Einbeziehung der Hauptinteressensvertretern, verwaltet werden.

### **Gleiche Gesundheitsressourcenverteilung**

Mehr Ressourcen müssen bei denjenigen ankommen, die die größten gesundheitlichen Bedürfnisse haben, wenn Haushalte von verbesserter Gesundheitsfinanzierung profitieren sollen. Die Entscheidungen darüber, wie die Ressourcen mobilisiert werden, beeinflussen dies. Doch selbst wenn Regierungen ihre Steuerressourcen auf einer gleichen pro Kopf Basis umverteilen, kann es noch immer große Ungleichheiten geben. Somit wird die Bedeutung einer umfassenden Betrachtung von Gesundheitsfinanzierung im Bezug auf Gleichheit innerhalb jedes Mechanismus und innerhalb des gesamten Gesundheitsfinanzierungssystems deutlich.

In ländlichen Gegenden sind die Ausgaben normalerweise geringer als in der Stadt. Diese ungleiche Verteilung, kann durch externe Finanzierungen verschlimmert werden, wenn nur bestimmte Regionen für ihre Programme angesprochen werden. Indikatoren für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitsbereich sind:

1. die Population
2. die demographische Komposition, da junge Kinder, Ältere und Frauen oftmals einen größeren Bedarf nach Gesundheitsdiensten haben
3. Stufen der schlechten Gesundheit, bei denen die Sterberate oft als Vertretung für Krankheiten genutzt wird
5. der sozioökonomische Status, da es eine Beziehung zwischen schlechter Gesundheit und einem niedrigen sozi-ökonomischen Status gibt und dass die Armen von öffentlich finanzierten Diensten abhängig sind.

Doch auch innerhalb der Gesundheitssysteme ist eine gerechtere Verteilung nötig. Viele Finanzsysteme sehen ärztliche Grundversorgung nicht als spezifischen Kostenfaktor, sondern eher Kliniken und Krankenhäuser. Um die Ressourcenverteilung zu verbessern und zu überprüfen, ist es notwendig, dass die Grundversorgung auch als Kostenpunkt betrachtet wird.

Mehr Input wird auch im Hinblick auf die „positive Diskriminierung“ benötigt – dabei werden benachteiligte Gemeinden bevorzugt. Es wird argumentiert, dass diejenigen die in der Lage dazu sind mehr zu zahlen, auch mehr zahlen sollten. Im Verhältnis zur Verteilung, sollten Länder der Region explizite Maßnahmen vorstellen um solch eine positive Diskriminierung durchzusetzen.

### **Unterstützung für gerechte Finanzierung mobilisieren**

Um eine gerechtere Verteilung und bessere Gesundheitsfinanzierung zu ermöglichen, brauchen die Länder der Region Mechanismen um Optionen zur Rückforderung der Ressourcen zu erkennen, ganz gleich ob von lokalen Budgetprozessen, externen Finanzbeziehungen oder neuen Formen der staatlichen Ressourcenmobilisierung. Finanzschutz ist fundamental für diese Prinzipien, niemand der Gesundheitsdienste braucht sollte dies verwehrt werden aufgrund der niedrigen Finanzierungsmöglichkeiten. Auch Andauernde Finanzierung von Gesundheitspflege, unterschiedliche Fördermittel, klare Angaben der Leistungen die Individuen zustehen und der Zugang von allen zu Basisgesundheitsversorgung ist von Bedeutung. Diese Prinzipien sollten geschützt werden. Dafür ist politische Führung, die Unterstützung von Gesundheitspersonal und ein öffentliches Verständnis sowie soziales Handeln nötig.

## **Kapitel 5: Die Wertschätzung und Rückforderung von Investitionen in Gesundheitspersonal**

Ohne die Arbeiterschaft im Gesundheitssektor, wäre ein Gesundheitssystem nicht möglich. Doch es gibt einen eindeutigen Mangel an Fachkräften in ost- und südafrikanischen Ländern. Viele haben in den Ländern eine Einstellung in städtischen Krankenhäusern und im privaten Sektor gefunden, so dass es in den ländlichen Regionen einen ausgeprägten Mangel an Personal gibt. Um gleiche Gesundheit zu schaffen, müssen Maßnahmen ergriffen werden um Gesundheitspersonal auszubilden und beizubehalten.

### **Gesundheitspersonal wertschätzen**

Viele Länder der Region haben nicht genug Gesundheitspersonal um essentielle Leistungen zu implementieren. Das liegt mitunter daran, dass sich viele in dem Bereich unterbewertet fühlen und es an Ressourcen mangelt, was zu Frustrationen führt. Viele haben reagiert indem sie zu ausgerüsteten Diensten in Nicht-Regierungs-Organisationen, in den privaten Sektor oder in andere Länder mit mehr Möglichkeiten übergegangen sind. Dieser Trend verstärkt die ökonomischen und sozialen Unterschiede, da vor allem die ärmsten Gemeinden an dieser Ausströmung leiden.

### **Adäquates Gesundheitspersonal mit relevanter Ausbildung**

Den „Gesundheit für alle“ Standard von einem Arzt pro 5,000 Menschen, erreichen lediglich fünf Länder. Es müssen mehr Fördermittel in den Bereich fließen damit die jetzigen Arbeitskräfte im Gesundheitssektor Unterstützung bekommen. Die Weltbank und NEPAD schätzen, dass Afrika bis 2011 US\$6 Milliarden jährlich brauchen wird. Das Defizit an Personal ist extrem und es wird mehr als nur kurzfristige Projektfinanzierung nötig sein um diese Lücke aufzufüllen.

Unterschiede der Gesundheitsversorgung resultieren auch oft aus der unterschiedlichen Verteilung des Gesundheitspersonals im privaten und öffentlichen Sektor, zwischen ländlichen und städtischen Gegenden. Desto entwickelter der private Sektor ist, desto ungleicher ist dort auch die Verteilung. Im öffentlichen Sektor findet man Gesundheitspersonal eher in städtischen als in ländlichen Bezirken.

Gesundheitsinformationssysteme in der Region müssen deshalb die Verteilung des Personals im Bereich der Gesundheit zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor aufnehmen und berichten.

### **Die Auswanderung von Gesundheitspersonal**

Durch die Ausströmung des Personals im Gesundheitsbereich wird die ungleiche Verteilung von öffentlichen und privaten Gesundheitssystemen, verstärkt. Diese Ausströmungen werden von Zuwanderungen in Ländern mit hohem Einkommen gespiegelt. Für andere

Länder macht es ökonomisch Sinn Gesundheitspersonal aus Afrika zu rekrutieren. Außerdem füllen die ausländischen Gesundheitsarbeiter oftmals unbeliebte Stellen aus. Doch viele Arbeiter im Gesundheitsbereich verlassen ungern ihr zuhause. Die Migration in diesem Zusammenhang muss mit Strategien verknüpft werden die das Gesundheitspersonal nicht nur schätzen sondern auch wiedererlangen.

### **Die Wertschätzung und Rückforderung von Gesundheitspersonal**

Um das System zu verändern, sollte der Fokus zunächst auf den verbliebenen Arbeitern liegen. Die Gehälter müssen zunächst erhöht werden. Dadurch, dass die Verdienste so gering sind, haben viele eine weitere Tätigkeit aufgenommen, was zu weiteren Problemen führt, da diese Zweittätigkeiten oftmals schwierig zu regulieren sind. Doch neben der Bezahlung müssen noch weitere Dinge verändert werden, wie professionelle Entwicklung und bedeutende Berufswege, verbesserte Arbeitsbedingungen, verbesserte soziale und Lebensbedingungen oder Zugang zur Gesundheitsversorgung von Gesundheitspersonal, inklusive antiretrovirale Behandlungen. Hierbei geht es nicht lediglich um finanzielle Veränderungen, sondern auch um eine Verbesserung von Kommunikations- und Verwaltungsfähigkeiten.

Doch um solche Verbesserungen überhaupt erst zu ermöglichen, müssen die Informationssysteme verbessert werden. Außerdem müssen auch Unionen und Organisationen partizipieren um solche Veränderungen einzuführen.

### **Die Rückforderung der Ressourcen von Gesundheitspersonal-Migration**

Die Migration von qualifiziertem Personal des Gesundheitssektors spiegelt die globale Ungleichheit der Investitionen und Verteilungen wieder. Die Länder der ost- und südafrikanischen Region müssen ihre Ressourcen und ihr System neu organisieren, doch die verlorenen Ressourcen und Erfahrungen durch Abwanderungen untergraben dies. Dabei spielen die rekrutierenden Länder eine ausschlaggebende Rolle, wie auch Migration innerhalb der Region, so dass die Rede von einem regionalen brain-drain sein kann. Aus diesem Grund bestehen teilweise Migrationsabkommen zwischen den verschiedenen Ländern. So hat beispielsweise Namibia ein Abkommen mit Kenia und Kuba. Allerdings ist es noch immer unklar wie solche Abkommen mit nationalen Strategien zu verbinden sind um Angemessenheit und Erhaltung sicherzustellen.

Auf internationalem Niveau sind solche Strategien unklarer. Immer mehr Länder gehen multilaterale Abkommen ein, da so ein vorhersehbarer und transparenter Prozess für die Länder sichergestellt werden kann. Dabei sollten unter anderem die Vorteile für alle beteiligten Länder geklärt sein. Gesundheitsminister aus der ost- und südafrikanischen Region behaupten jedoch, dass die Rekrutierung Gesundheitspersonal, das in öffentlichen afrikanischen Sektoren ausgebildet wurde, von Ländern mit hohem Einkommen eine ungerechte Unterstützung fördert. Dieses Anliegen durch bi- und multilaterale Abkommen anzusprechen ist nicht nur eine Frage der Gleichheit, da diese Abkommen die Kosten der Rekrutierung, die Investition in lokale Trainings und Migration als Ausweg aus schlechten Konditionen ansprechen können.

Die Frage sollte nicht mehr sein ob man in Gesundheitspersonal investiert, sondern wie man dies tut. In internationalen Abkommen gibt es neue Möglichkeiten und Herangehensweisen um dieses Thema anzusprechen. Der Fokus sollte darauf liegen, öffentliche Ressourcen zu organisieren, mobilisieren und anzuwenden. Ohne das Gesundheitspersonal, kann es auch kein Gesundheitssystem geben.

## **Kapitel 6: Das Organisieren von Personen-zentrierten Gesundheitssystemen**

Unser Konzept der Gleichheit bedeutet, dass Menschen die Macht dazu haben Ressourcen für ihre gesundheitlichen Bedürfnisse aufzuwenden. Gesundheitssysteme müssen

Hindernisse bewältigen die die Beteiligung der Menschen verhindern. Diese Hemmnisse entstehen wenn administrative Systeme und Prozesse, sowie die Einstellung des Gesundheitspersonals die Menschen entmachten. Gesundheitssysteme bewältigen diese Probleme durch die Art wie ihre Gesundheitsdienste organisiert und finanziert sind. Nur durch eine Personenzentrierte Herangehensweise kann Gesundheit gefördert werden.

### **Gemeinden für Gesundheit befähigen**

Gleichheit beinhaltet nicht nur die Organisation von Dienstleistungen und Ressourcen für eine passive Bevölkerung. Diese muss dazu bereit sein die Dienste zu organisieren und zu verteidigen. Es muss ein klares Verständnis von sozialer Macht herrschen und zu Gunsten von Gesundheit organisiert und von Personenzentrierten Gesundheitssystem unterstützt werden. Nur so kann irgendein Handeln im Gesundheitssektor erfolgreich sein. Gleichheit beinhaltet außerdem die Macht und Fähigkeit, die Menschen und soziale Gruppen haben, um Ressourcen zu ihren gesundheitlichen Bedürfnis umzuverteilen. Dies gilt vor allem für diejenigen, die den schlechtesten Gesundheitszustand haben.

Dieses Verständnis von Gleichheit kennt an, dass soziale Benachteiligung und Machtlosigkeit der sozialen Schichtung unterliegt, die gesundheitliche Ungleichheit generiert. wie auch die Verbesserungen im Gesundheitssektor die möglich sind, wenn die Menschen in der Lage dazu sind ihre soziale Vernetzung, Organisation und ihren Einfluss zu stärken. Gesundheitssysteme die um die Partizipation der Gemeinden und sozialer Bemächtigung gegründet sind, stellen mächtige Wahlbezirke her, die die öffentlichen Gesundheitsinteressen schützen. Mit Bemächtigung ist die kollektive Fähigkeit der Menschen gemeint, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse durchzusetzen und die Verteilung von Ressourcen in Richtung dieser Bedürfnisse zu lenken, wie auch die Handlungen die ihre Entwicklung blockieren herauszufordern.

In dieser Analyse wird beschrieben, dass man starke, redistributive, zum Vorteil des öffentlichen Interesses handelnde Staaten benötigt um mit Ungleichheit umzugehen. Dennoch möchten die Menschen keinen dominierenden Staat, der im Sinne des „Top-down“ Prinzips agiert. So können Verhältnisse zu Staaten geschädigt werden. Nur in Zusammenarbeit mit der Zivilbevölkerung können erhebliche Fortschritte gemacht werden. Soziales Vertrauen ist von großer Bedeutung

### **Bemächtigung in Gesundheitssystemen unterstützen**

Soziale Bemächtigung betrifft nicht nur Gesundheit, doch das Gesundheitssystem hat das Potential es zu unterstützen und davon zu profitieren. Gesundheitssysteme erleichtern Verbindungen mit Gemeinden durch die Art wie sie organisiert und finanziert sind, durch die Orientierung des Gesundheitspersonals und durch die Mechanismen und Ressourcen die zum Dialog und Handeln mit Gemeinschaften führen.

Auch die Investitionen in Kommunikations-, Fähigkeiten- und Wissenstransfer ist wichtig für die Effektivität von Gesundheitsdiensten und sollte deshalb versichert sein. Eine Synergie zwischen der Gemeinschaft und der Basisgesundheitsversorgung kann einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung in der Gesundheit führen, insbesondere in marginalisierten Gemeinden. In den letzten Jahren hat EQUINET Arbeiten implementiert um Fähigkeiten für partizipatorische Reflektion und Handlungen im Gesundheitsbereich zu stärken.

Diese Herangehensweise basiert auf dem Verständnis, dass Lernen und Veränderung vor allem dann stattfindet, wenn eine Gemeinde unzufrieden mit Aspekten in ihrem Leben wird und Dinge verändern möchte. Ein Vermittler kann diesen Veränderungsprozess unterstützen indem er für eine Situation sorgt, in der Gesundheitspersonal und Gemeindeglieder kritisch über das reflektieren können was sie tun, nach Mustern gucken zur Analysehilfe ihrer Erfahrungen, neue Informationen oder Fähigkeiten die sie gebrauchen können identifizieren und Erlangen, und für Handlungen planen. Dieser Prozess gleicht einer Spirale: Indem ein Zyklus von Reflektion und Handeln eingesezt wird, können Gemeinden von ihren Erfolgen

lernen und weiterhin nach besseren Lösungen für ihre Schwierigkeiten gucken. Dialog und Verständnis zwischen den Gemeinden, Gesundheitspersonal und Autoritäten wird gestärkt. Spricht man von Ungleichheit, müssen Gesundheitssysteme neu betrachtet und umstrukturiert werden. Oftmals gilt den Strukturen und Aktivitäten viel Aufmerksamkeit um Partizipation im Gesundheitssystem zu fördern – dies ist auch wichtig, aber nicht ausreichend. Strukturen müssen von Ressourcen unterstützt werden die auf die Interaktion mit der Öffentlichkeit zielen. Die Strukturen die die Beteiligung der Gemeinden fördern müssen auch auf partizipative Prozesse zurückgreifen die lokale Erfahrungen nutzen und Chancen für kollektive Reflektion, Analyse und Entscheidungsfindung bieten.

Informationswachstum durch Internet, Telekommunikation und Medien hat gerade für die Interessensvertretung von Menschen eine wichtige und neue Bedeutung. Allerdings hat nicht jeder Zugang zu diesen Ressourcen. Gesundheitssysteme werden von verschiedenen Aspekten beeinträchtigt, doch die Verpflichtung Gesundheitsrechte zu schützen und das Ziel Gesundheit zu verbessern gibt Gesundheitssystemen das Mandat und die Möglichkeit Konditionen herauszufordern, die Gesundheit untergraben - auch solche Konditionen die zu sozialem Ausschluss und Entmachtung führen.

### **Mechanismen für Personen-zentrierte Gesundheitssysteme**

Debatten und Reformen kreisen seit Jahren um die Frage nach Möglichkeiten des Regierens und Verwaltens von Gesundheitssystemen, vor allem um die „Dezentralisierung“ in dem Regieren von Gesundheitssystemen. Es ist nicht klar erkennbar, welche organisatorische Form am erfolgreichsten war, um soziale Rollen im Gesundheitsbereich zu ermöglichen oder Gleichheit zu fördern. Andere Faktoren spielen dabei eine Rolle, so zum Beispiel der sozioökonomische Kontext, die Fähigkeiten des Gesundheitspersonals und Ähnliches. Autoritäten innerhalb des Gesundheitssystems zu dezentralisieren kann nicht mit stärkeren Partnerschaften zwischen Gesundheitsdiensten und Gemeinden gleichgesetzt werden, wie auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass solche Partnerschaften Gleichheit im Gesundheitssystem stärken. Damit die Regierbarkeit von Gesundheitssystemen eine Rolle bei der Wiedererlangung der Ressourcen spielt, muss auf das Kommunikationsniveau und gemeinsames Planen und auf die Mittel die genutzt werden um diese Kommunikation zu Organisieren um Ressourcen für Gesundheit aufzuwenden.

Viele Bereiche der Gesundheitssysteme untergraben Partizipation, indem Kommunikation mit der Bevölkerung erschwert wird. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass Gesundheitsperson oder Autoritäten nur ungern ihre Vormachtstellung im Bezug auf die Gesundheitssysteme aufgeben. Bürokratische oder hierarchische Methoden können aufgewendet werden um die Interaktion mit den Gemeinden zu erschweren. Informationsaustausch ist wesentlich zwischen Gemeinden und Gesundheitssystemen, doch die Gemeinden haben oftmals kein Verständnis von oder keinen Zugang zu Planungsnachweisen. Dort wo Mechanismen zur Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Gemeinden angewandt werden, unterstützt mit Training und Ressourcen der Zivilgesellschaft und Organisationen des Staates, können echte Verbesserung in den Gesundheitsergebnissen erlangt werden.

### **Soziales Handeln für öffentliche Interessen**

Basisgesundheitsversorgung floriert dort, wo es von sozialem Handeln unterstützt wird und soziales Handeln ist dort nachhaltig, wo die Basisgesundheitsversorgung stark ist. Ein breiterer Kontext an Normen und Institutionen, die soziale Gerechtigkeit und kollektive Rechte unterstützen, muss geschaffen werden, um diesen Zyklus zu stärken und erweitern.

Die Zivilgesellschaft spielt hier eine wichtige Rolle, da zivile Organisationen diverse Erfahrungen, Fähigkeiten und Wissen haben um Gesundheitsergebnisse und –systeme zu überprüfen. Auch bei der Umverteilung von Ressourcen können solch zivile Organisationen eine bedeutende Rolle spielen, da Gleichheit bei vielen dieser Organisationen die Handlungsbasis bildet. Sie haben die Möglichkeit Bedürfnisse deutlich zu machen und sie

mit nationalen oder globalen Ressourcen zu verbinden, um so Forderungen vom Lokalen hin zum globalen Niveau anzuheben.

Doch auch zivile Organisationen haben Schwächen, die ihre Arbeit in armen Gemeinden beeinträchtigen. Beispielsweise ist die interne Politik recht kompliziert, die legalen Autoritäten oftmals nicht klar und die Finanzierung instabil. Themengebundene Kampagnen können Visionen, Bemühungen und Ressourcen teilen. Auch Parlamente haben beispielsweise zur gesundheitlichen Gleichheit beigetragen, durch ihre repräsentative-, legislative- und Aufsichtsrolle. Zum Beispiel stellen sie sicher, dass internationale Abkommen, die Gesundheit fördern, durch innerstaatliche Gesetze verfestigt werden. Regionale Netzwerke spielen eine unterstützende Rolle, so beispielsweise das SADC Parliamentary Forum oder die East African Assembly.

Die Rückforderung der Gesundheitsressourcen braucht einen robusteren und effektiveren Staat im globalen Umfeld, wie auch eine robustere Form der partizipativen Demokratie im nationalen Umfeld. Ein Problem mit dem eine verstärkte Beschäftigung notwendig ist, ist die momentane Fragmentierung der öffentlichen Gesundheitsinteressen. Doch auch die Vorteile und Gewinne werden deutlich, wenn Staat, Zivilgesellschaft, Parlament, Gesundheitspersonal und andere öffentlichen Interessen miteinander kooperieren. Dies deutet darauf hin, dass noch mehr Gewinne erreicht werden können, indem die kollektive Allianz der öffentlichen Interessen in Staat, Regierung und Gesellschaft gefördert werden.

## **Kapitel 7: Handeln um die Gesundheitsressourcen zurückzufordern**

Die ersten sechs Sektionen dieser Analyse Rahmen die Themen ein, die gesundheitliche Gleichheit in Ost- und Südafrikanischen Ländern beeinträchtigen.

### **Verpflichtungen und Taten um gesundheitliche Gleichheit weiter zu bringen**

Es gibt Optionen und Möglichkeiten um Gesundheit zu verbessern. Die bisherige Analyse zeigt drei Möglichkeiten um gesundheitliche Gleichheit zu verbessern. So sollten:

1. arme Menschen einen gerechteren Anteil an nationalen Ressourcen fordern
2. die ost- und südafrikanischen Länder die Möglichkeit einer gerechteren Rückkehr aus der globalen Ökonomie haben
3. die globalen und nationalen Ressourcen zum Großteil in Umverteilende Gesundheitssysteme investiert werden.

#### *Zu 1: arme Menschen sollten einen gerechteren Anteil an nationalen Ressourcen fordern*

Die Ressourcen um effektivere und allgemeine Gesundheitssysteme zu schaffen stehen in der Region zur Verfügung. Dennoch hat die Region noch immer hohe HIV und AIDS Sterblichkeiten, sowie einen hohen Anteil an Tuberkulose, Malaria und anderen Krankheiten. Dieses Gesundheitsprofil reflektiert die Lebens-, Arbeits- und Gemeindeumstände die mit hoher Armut in Verbindung gebracht werden können (unsauberes Wasser, Energie, Transport, Unterkunft...).

Innerhalb der Länder und Gemeinden der Region, haben Gruppen mit unterschiedlichem Einkommen, Anlagen, ländlicher oder städtischer Ansässigkeit und anderen sozioökonomischen Konditionen, verschiedene Gesundheitsergebnisse und unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheit. Obgleich sich in den letzten Jahren eine Verbesserung gezeigt hat, bestehen weiterhin relative Nachteile im Hinblick auf den jeweiligen Status. Sektion 1 hat gezeigt, dass diese Unterschiede auch nicht vom Wachstum des BIP beeinträchtigt werden und in manchen Fällen sogar noch größer geworden sind. Außer der Zyklus wird gebrochen und Haushalte erhalten mehr Vorteile vom Wachstum, werden den meisten Menschen weiterhin kaum Gesundheitsressourcen zur Verfügung stehen. Der erste Indikator einer nachhaltigen Basis für verbesserte Gesundheit in der

Region, ist aus diesem Grund der größere Zugang von benachteiligten Individuen und Haushalten, zu einem größeren Anteil der nationalen Ressourcen. Gemessen werden würde die durch Armutsindikatoren und Einkommensverteilung, so wie durch das Ausmaß in dem benachteiligte Gruppen Zugang zu nationalen Ressourcen haben.

### *Zu 2: eine gerechtere Rückkehr für ost- und südafrikanische Länder von der globalen Ökonomie sollte ermöglicht werden*

Durch die sich verdoppelnde Einkommenslücke zwischen den ärmsten und reichsten Menschen in der Welt, sowie signifikante globale Ungleichheiten im Bezug auf Wohlstand, stehen Ost- und Südafrikanischen Länder einer strategischen Herausforderung bevor. Besonders hervorzuheben ist der Abfluss von Material, finanziellen und sozialen Ressourcen aus der Region, mit relativ schlechten Erträgen für nationale Ökonomien. Dies erschöpft die Gesundheitsressourcen.

Durch die Liberalisierungs- und Exportorientierten ökonomische Strategien, kann die Ansicht, dass mehr Integration in der globalen Ökonomie zu Fortschritt führt, streitig sein. Eine gerechtere Form der Globalisierung ist notwendig und eine gerechtere Rückkehr für Afrika von der globalen Ökonomie. Die Länder der Region sollten als Staaten intervenieren können und kollektiv eine gerechtere Rückkehr für afrikanische Ressourcen von der globalen Ökonomie fordern können. Dieselben Strategien aktiver staatlicher Interventionen, die von reichen Staaten genutzt werden um ihre industrielle Entwicklung zu fördern, muss auch innerhalb der globalen Ökonomie für die ost- und südafrikanische Region zugänglich sein, um ihre Entwicklungsthemen anzusprechen. Maßnahmen, die dazu gehören sind:

- die Schuldenannullierung
- bessere Auskunft über finanzielle Strömungen
- Verhandlungen über ausländische Direktinvestitionen, die zum Wert natürlicher Ressourcen beisteuern
- Zugang der Bevölkerung zu mehr Land, Wasser, Wäldern usw.
- Der SADC Verpflichtung entsprechend eine Haushaltsverteilung von mindestens 10% des nationalen Haushaltsbudget an die Landwirtschaft und ländliche Entwicklung innerhalb von 5 Jahren durchzusetzen.
- Der Kommerzialisierung und Privatisierung von öffentlichen Gütern auszuweichen und keine irreversiblen Verpflichtungen der Liberalisierung dieser Dienste einzugehen.
- Die Verabschiedung und Nutzung von TRIPS (Trade-related Intellectual Property Rights) Flexibilitäten um vollen Zugang zu Medikamenten zu erreichen und die lokale Produktion von Arzneimitteln und anderen medizinischen Technologien zu stimulieren.
- Sicherzustellen, dass Handelsabkommen explizit Klauseln des Gesundheitsschutzes anerkennen und hier für Kapazitäten unterstützen, für verlorenes öffentliches Einkommen kompensieren, Verantwortliche für Gesundheit in Verhandlungen Miteinbeziehen und Bewertungen über den Einfluss von Gesundheit wenn nötig berücksichtigen.
- Vermeidung von Verpflichtungen Gesundheitsdienste zu liberalisieren und die volle Nutzung von TRIPS-Flexibilitäten bereitzustellen.
- Verhandlungen, durch bilaterale Abkommen, für mehr Investitionen im Training für den öffentlichen Sektor und Aufrechterhaltung von Prämienlöhnen für Gesundheitspersonal sicherstellen um der Abwanderung von fähigem Personal aus Afrika entgegenzuwirken.

Ziel ist es die Abwanderung von Ressourcen verschiedener Art zu vermeiden, und eine Umverteilung zu ermöglichen.

### *Zu 3: ein großer Anteil an globalen und nationalen Ressourcen sollte in Umverteilende Gesundheitssysteme investiert werden*

Universale, umfassende, Personenzentrierte Gesundheitssysteme haben gezeigt, dass sie Gesundheit für alle verbessern können. Diese Systeme basieren auf dem universalen Recht des Gesundheitszugangs für alle und auf den Werten der Universalität und Gleichheit.

Das gesamte System wird in Richtung der Gesundheitsförderung und auf den Zugang aller zur Gesundheit, ausgerichtet. Wenn Systeme aber von spezialisierten Antworten auf Probleme (vertikale Programme) beeinflusst werden, gehen diese Werte schnell verloren. Umfassende Herangehensweisen müssen entwickelt werden, die innerhalb der Gemeinden integriert sind. Viele Sektoren tragen zur Gesundheit bei. Die Analyse präsentiert die wichtigsten Beiträge die Gesundheitssysteme gemacht haben um Unterschiede der Gesundheit zu vermeiden, selbst angesichts Herausforderungen von ökonomischen Ungleichheiten, Armut und AIDS. Doch Benachteiligungen in diesem Bereich durch unterschiedliches Einkommen, Bildungsgrad oder Ähnliches, untergraben diesen Beitrag, denn diejenigen mit dem größten Bedarf nach Gesundheitsversorgung haben den schlechtesten Zugang, wenn das Gegenteil eigentlich der Fall sein sollte. Sechs Gründe, weshalb dies der Fall ist, werden erkannt:

1. Die meisten Ausgaben für Gesundheitsdienste sind an die höheren Einkommensgruppen gerichtet, so dass sie einen größeren Anteil an den öffentlichen Gesundheitsausgaben haben
2. Menschen haben nicht die nötige Machtbefugnis um Hindernisse zu bewältigen die im Hinblick auf Gesundheitsdienste entstehen, vor allem durch die steigende Kluft der Armut und Ungleichheit.
3. Investitionen in und Integration von allgemeiner Basisgesundheitsversorgung sinken
4. Dezentralisierungsreformen haben Basisgesundheitsversorgungsansätze nicht ausreichend unterstützt
5. städtische Krankenhäuser werden weniger von ärmeren Bevölkerungsteilen genutzt, bekommen allerdings einen großen Teil der Ressourcen zugewiesen
6. Privatisierte und Kommerzialiserte Gesundheitsdienste sind gewachsen und die Nutzungsgebühren die sich ergeben ebenfalls.

### *Starke, auf Rechte bezogene, rechenschaftspflichtige und Gleichheitsorientierte öffentliche Führung beim Gesundheitsthema*

Strategien müssten entwickelt werden, die den oben genannten Problemen entgegenwirken um Universalität und Gleichheit zu gewährleisten. Dabei sollten die Strategien auf nationale Gesundheitsziele ausgerichtet werden. Führung muss investieren und die Gemeinden, wie auch die sozialen Gesundheitsrollen, unterstützen. Nur so kann dem Druck der Kommerzialisierung und der Investition kurzfristiger Ressourcen in Basisgesundheitsversorgung, entgegengewirkt werden. Dies fordert einen starken öffentlichen Gesundheitssektor.

Regierungen müssen ihre Finanzierung der Gesundheit auf 15% steigern (Abuja), mit Ausnahme externer Finanzierung. EQUINET argumentiert für „Abuja Plus“. Verpflichtungen der Regierung, sollten den Schuldenerlässen angeglichen werden. Die Ressourcen, die momentan zur Abzahlung der Schulden aufgewendet werden, können so zur Weiterentwicklung des Gesundheitssektors verwendet werden.

Elemente der Gesundheitssysteme können nicht durch den Markt reguliert werden: Gesundheit ist ein Grundrecht, dass eine Grundlage von Rechten und Verpflichtungen benötigt.

Es gibt viele Möglichkeiten Führung auszuüben und Gesundheitssysteme so zu organisieren, dass Ungleichheiten überwunden werden können. In dieser Analyse hat man sich auf drei beschränkt:

1. Wie gerecht Gesundheitssysteme finanziert werden
2. Wie das Gesundheitspersonal organisiert, geschätzt und bewahrt wird
3. Die Rolle die wir Menschen und sozialem Handeln zuschreiben.

### *Universellen Zugang durch gerechte Finanzierung ermöglichen*

Niemand der Gesundheitsversorgung benötigt, sollte diese verwehrt aufgrund von Zahlungsunfähigkeit werden. Diejenigen, die mehr verdienen, sollten in Afrika deshalb auch einen größeren Beitrag leisten und etwas an diejenigen verteilen, die geringeres Einkommen haben. In Sektion 4 werden Mechanismen vorgestellt, die dies ermöglichen sollen. Im Bezug auf das Gesundheitspersonal sollten auch mehr Investitionen folgen. Ohne sie, gibt es auch kein Gesundheitssystem.

### *Investitionen die Gesundheitspersonal schätzen und beibehalten*

Eine effektivere und bessere Ausbildung ist notwendig, um effektive und motivierte Arbeit zu ermöglichen. Das bedeutet unter Anderem, dass mehr finanzielle Mittel an das Personal gehen sollten sowie eine Reihe von nicht-finanziellen Initiativen, so dass zum Beispiel eine sichere Arbeitsatmosphäre und Zugang zu antiretroviraler Medikamenten, ermöglicht wird.

### *Partizipative Gesundheitssysteme, Befähigung sozialen Handelns für Gesundheit*

Das Konzept der Gleichheit beinhaltet auch die Möglichkeiten und Fähigkeiten, die Menschen und soziale Gruppen haben um Ressourcen in Richtung ihrer Gesundheit zu lenken. Dies bezieht sich auf die kollektiven Fähigkeiten der Menschen ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse durchzusetzen, die Verteilung sozialer Ressourcen in Richtung ihrer Bedürfnisse zu lenken und die Macht- und Ressourcenverteilung die ihre Entwicklung blockieren, herauszufordern.

Die in Sektion 2 beschriebene Marktreform in Gesundheitsversorgung und die Unterschiede die in Sektion 1 beschreiben werden führen zu einer Marginalisierung von Gemeinden die sich keinen Zugang zum Gesundheitssystem leisten können. Die Rückforderung der Gesundheitsressourcen fordert einen Staat der öffentliche Interessen in einer globalen Umgebung vorantreiben kann; eine robuste, systematische Form einer partizipativen Demokratie innerhalb der nationalen Umgebung; und eine kollektiv organisierte und informierte Gesellschaft.

### **Fortschritte und Ziele bei der Rückforderung der Gesundheitsressourcen**

Um die Gesundheit angesichts aller Herausforderungen voranzutreiben, müssen öffentliche Interessen berichtet und überwacht werden. Allerdings sind die Marginalisiertesten Haushalte und Menschen oftmals die ruhigsten wenn es darum geht ihren Erfahrungen und Ansichten Ausdruck zu verleihen. Regierungen, Parlamente und die Zivilgesellschaften der Länder sollten ihre quantitativen und qualitativen Ziele und Indikatoren überprüfen und über sie berichten um zu sehen wie gut sie Verpflichtungen umsetzen. Obgleich keine komplexen Sachverhalte durch Indikatoren dargestellt werden können, stellen sich konkrete Beweise dar um zu verstehen wie gut das Konzept der gleichen und universalen Gesundheitssysteme umgesetzt wird.

Die Indikatoren und Ziele hängen mit globalen, kontinentalen und regionalen Verpflichtungen zusammen, wie auch mit nationalen Strategie und Fortschritten. Sie werden von EQUINET als Schlüssel zur Erreichung der Millennium Development Goals bis 2015 gesehen, wobei ihnen eine größere Dringlichkeit zugesprochen werden muss.

### **Ein Blickpunkt fürs Handeln**

Eine kollektive Allianz sollte in der Region geschaffen werden die die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung vertritt. Die Möglichkeit hierzu gibt es, viele Beispiele für lokale Allianzen verdeutlichen dies.

Über viele Themen die in der Analyse angesprochen und vorgeschlagen wurden, herrscht noch eine Debatte. Für die meisten Ansichten gibt es Gegenansichten, so herrscht keine Einigkeit darüber wie man mit dem Ressourcenausfluss umgehen soll.

Auch in dieser Analyse gibt es einige Wissenslücken. Die Informationen über Gesundheitssysteme basieren zum Großteil auf Maßnahmen des Angebots und der Verfügbarkeit. Es konnte in dieser Analyse nicht ganz abgeschätzt werden inwiefern Grenzen und Unterstützungen von Strategieinterventionen beeinflusst werden. Es herrscht außerdem ein Mangel an positiven Erfahrungen, die in Zukunft ebenfalls dokumentiert werden sollten.