



MMS Bulletin #79

Von Geld und Gesundheit

Benutzergebühren für Gesundheitsdienste abschaffen?

Kommentar zu einer Provokation aus den USA

Von Rudolf Fischer

Laut Presseinformationen hat das US-Repräsentantenhaus am 25. Juli 2000 eine Massnahme gutgeheissen, welche verlangt, dass Weltbank und Internationaler Währungsfonds in Zukunft davon absehen müssen, von den Empfängerländern ihrer Finanzierungen Benutzergebühren für Gesundheitsdienste und Primarschulen zu verlangen. Kündigt sich eine fundamentale Richtungsänderung bei der Frage der Finanzierung von Gesundheitsdiensten an, oder handelt es sich bloss um eine neue Variante der "Political Correctness"?

Die vom US-Repräsentantenhaus gutgeheissene Massnahme ist Teil der "Foreign Operations Appropriations Bill" und somit eine Konditionalität für die Verwendung US-amerikanischen Haushaltsmittel durch Weltbank und Währungsfonds. Konkret heisst dies, dass ab 2002 staatliche Budgetmittel nur noch an die beiden Institutionen vergeben werden können, falls die Direktoren von Weltbank und Währungsfonds zusichern, dass sie von den Empfängerländern ihrer Kredite keine Erhebung von Benutzergebühren mehr verlangen. Die entsprechende Textpassage lautet: "...will not include user fees or service charges through 'community financing', 'cost sharing', 'cost recovery' or any other mechanism...". Auch an die Hintertür der "community based health insurance" haben die Autoren gedacht. Hut ab!

Urheber dieser Massnahme ist Jesse Jackson, welcher sie als Zusatz in das Budgetgesetz eingebracht hatte. Man könnte das ganze somit als gelungenen populistischen Profilierungscoup abtun. Man kann die Entwicklung aber auch als neusten Akt US-amerikanischer Arroganz gegenüber den internationalen Organisationen sehen – und dies völlig zu recht: Es ist das erste Mal, dass der amerikanische Kongress von Weltbank und Währungsfonds verlangt, spezifische Bedingungen zu verändern, welche sie den Empfängerländern von Krediten auferlegen.

Offenbar haben Weltbank und Währungsfonds nicht vor, sich mit dem Kongress in dieser Sache anzulegen. In vorausseilendem Gehorsam behauptete der Präsident der Weltbank in einer Ansprache an den Kongress, dass die Weltbank solche Bedingungen bereits aufgegeben habe.

Offenbar wurde er bei der Gelegenheit mit der Tatsache konfrontiert, dass das Dokument, welches die Entschuldung Tanzanias unter den HPIC-Initiative beschreibt, genau diese Bedingungen enthält...

Trotz der widrigen politischen Umstände sollten wir die Entwicklung zum Anlass nehmen, um über unser eigenes Verhältnis zum Problem - so es denn eines ist - der "user fees" nachzudenken. Vielleicht haben wir unsere eigenen ethischen Zweifel nur zu gerne durch den gesundheitspolitischen Mainstream der letzten zehn Jahre einlullen lassen.

Der stärkere Einbezug der Benutzer brachte Fortschritte

Wenn ich auf meine eigenen Erfahrungen mit Benutzergebühren zurückblicke, dann darf ich zunächst sagen, dass sie mit einigen unzweifelhaften Erfolgserlebnissen verbunden sind. Die spektakulären und messbaren Gewinne der Einführung von Benutzergebühren waren vor allem im betriebswirtschaftlichen Bereich zu spüren. Die Institutionen des Gesundheitssektors wurden dank der Einnahmen aus der Kostenbeteiligung ("cost sharing") finanziell flexibler und immuner gegen die Schwankungen und Verspätungen staatlicher Subventionen oder Materiallieferungen. Sie konnten ihre innerbetrieblichen Abläufe stabilisieren und den Patienten einen konstanteren und vielleicht auch qualitativ besseren Service anbieten.

Und das nicht nur auf Spitalebene. Im Kilombero-Distrikt in Tanzania war nach der Einführung bescheidener Benutzergebühren bei den dörflichen Gesundheitsposten ein jahrzehntealtes hartnäckiges Problem wie über Nacht verschwunden: Plötzlich war es möglich, jederzeit genug Medikamente zu haben, da die unzuverlässigen staatlichen Lieferungen gezielt durch Zukäufe aus dem Einkommen der Kostenbeteiligung ergänzt wurden. Das Nichtvorhandensein essentieller Medikamente ist einer der wichtigsten Gründe für schlechte medizinische Dienstleistungen auf der dezentralen Ebene des Gesundheitswesens in den armen Ländern - nicht nur objektiv, sondern vor allem auch subjektiv, das heisst in der Wahrnehmung der Patienten.

Allerdings können derartige Fortschritte durch die Erhebung von Benutzergebühren nur dann realisiert werden, wenn sichergestellt ist, dass das dezentral anfallende Einkommen des Gesundheitssystems tatsächlich für die richtigen Zwecke eingesetzt und nicht auf irgendeine Weise zweckentfremdet wird. Im Fall der erwähnten Gesundheitsposten in Tanzania wurde dies dadurch erreicht, dass im Rahmen eines Gemeindeggesundheitsprogramms ("Community Based Health Care") - die Voraussetzungen dafür geschaffen wurden, dass die Benutzergebühren nicht vom staatlichen Personal des Gesundheitspostens erhoben und verwaltet wurden, sondern durch ein der Dorfbevölkerung gegenüber verantwortliches Komitee.

Dies verweist auf die Tatsache, dass "user fees", zumal wenn sie neu eingeführt oder stark erhöht werden, durch entsprechend organisierte Benutzer als Hebel eingesetzt werden können, um ihre Ansprüche an die Mitsteuerung des Unternehmens "Gesundheitsposten"

anzumelden und durchzusetzen. Dies wird mit dem Fachbegriff "co-management" oder "co-gestion" bezeichnet. Die Erhebung von Benutzergebühren kann also - unter günstigen Bedingungen - eine wünschbare stärkere Verantwortlichkeit ("accountability") der Dienstleistungserbringer gegenüber den Benutzern oder einem weiter gefassten Verband der Zivilgesellschaft zur Folge haben. Nicht überall ist diese Aufsicht der Zivilgesellschaft so leicht herzustellen wie im überblickbaren Rahmen eines Dorfes. Schwieriger ist dies bei Spitälern, aber auch da lässt sich etwa mit dem Verweis auf das "cost sharing" die Notwendigkeit einer externen unabhängigen Buchprüfung plausibel machen oder eine Ergänzung des "Hospital Boards" durch Vertreter des "zahlenden Publikums" in Anregung bringen.

...und wenn der Beitrag nicht bezahlt werden kann?

Auf der Seite der Benutzer sieht die Realität weniger gut aus. Dem amerikanischen Kongress lagen offenbar eine ganze Reihe von Studien vor, welche negative Folgen der Einführung von "user fees" beschreiben. Diese reichen von substantiellem Rückgang der Konsultationen bis zum faktischen Ausschluss armer Patienten von den Leistungen des Gesundheitswesens.

Im Vorfeld der Einführung von Benutzergebühren wurden vielerorts prospektive Studien zur Zahlungsbereitschaft ("willingness to pay") gemacht. Diese ergaben in aller Regel eine hohe Bereitschaft, für Leistungen des Gesundheitssystems zu bezahlen - in der Erwartung, dass sich dessen Leistungen dadurch verbesserten. Zahlungsbereitschaft wurde paradoxerweise auch von Leuten signalisiert, von denen man annehmen musste, dass sie dazu gar nicht in der Lage wären. Die Vermutung liegt nahe, dass auch die Ärmsten von den nicht funktionierenden Gesundheitssystemen derart die Nase voll hatten, dass ihnen jedes Mittel recht war, welches eine Verbesserung in Aussicht stellte.

Auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen aus der praktischen Arbeit in Tanzania, Lesotho und Zimbabwe ergibt sich der beunruhigende Gesamteindruck, dass wachsende Teile der Bevölkerung aus dem Gesundheitswesen herausfallen, namentlich in Ländern, wo die Benutzergebühren drastisch erhöht wurden. Dass es Härtefälle geben würde, war schon den Vordenkern der Kostenbeteiligung klar; sie sahen deshalb Ausnahmeregelungen ("exemption mechanisms") vor, die sicherstellen sollen, dass Patienten, die nicht bezahlen können, trotzdem eine medizinische Versorgung erhalten. Ich habe noch keine Ausnahmeregelungen gesehen, die wirklich funktioniert und ihre Ziele erreicht hätte. Auf dem Dorf, am lokalen Gesundheitsposten, lässt sich das noch recht gut und flexibel handhaben, auf der Ebene vom Distrikthospital an aufwärts kann es zum administrativen und gesundheitlichen Alptraum werden. Dort, wo die Ausnahmen im Zweifelsfall eher grosszügig gehandhabt werden, wird die Spitalrechnung belastet. Diese Ausfälle werden im allgemeinen nicht kompensiert, obwohl in gewissen Ländern dafür theoretisch die Möglichkeit besteht.

Ein besonders stossender Nebeneffekt der Tatsache, dass Benutzergebühren zum international anerkannten und von den Gebern geförderten Kanon gehören, besteht darin, dass sich gewisse Regierungen umso leichter aus der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verabschieden können. Was sie ohnehin (nicht) tun, können sie auch noch als politisch korrekt darstellen. Eine besonders rücksichtslose Variante dieses Taschenspielertricks hat vor einigen Monaten die Regierung von Zimbabwe vorgeführt, die unter Berufung auf ihre Gesundheitssektorreform die Benutzergebühren massiv erhöhte und damit in erster Linie den vom Krieg im Kongo verehrten Staatshaushalt schonte.

Könnte es vielleicht sein, muss die ehrliche Frage lauten, dass wir mit der Einführung von Benutzergebühren zwar gewisse Qualitätsverbesserungen erreicht haben, die aber nur der (übrig gebliebenen) zahlungsfähigen Patientenschaft zugute kommen, während ganze Bevölkerungsteile aus der Gesundheitsversorgung herausgefallen sind? Falls Jesse Jacksons Schuss vor den Bug erreicht hat, dass das Konzept der Benutzergebühren neu thematisiert wird, dann sollten wir ihm dafür dankbar sein. Auch wenn wir die politischen Umstände nicht goutieren, unter denen es zu dieser Entwicklung gekommen ist.

**Dr. Rudolf Fischer ist Geschäftsführer von SolidarMed*



Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Route de Ferney 150
CP 2100
CH-1211 Genève 2
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch