

Asa Christina Laurell

Die Gesundheit: vom sozialen Recht zur Ware*

Einleitung

Die von der Weltbank in ihrem *Weltentwicklungsbericht 1993/Investitionen in die Gesundheit*¹ vorgeschlagene Gesundheitspolitik dient verschiedenen Zielen. Das erste besteht darin, sie mit der neoliberalen Doktrin zu vereinbaren, die die Gesundheit hauptsächlich in der Privatsphäre und lediglich unter bestimmten Bedingungen als öffentliche Aufgabe ansiedelt. Das zweite besteht darin, diese Politik an die Prioritäten der Sparpolitik anzupassen, was bedeutet, die öffentlichen Sozialausgaben zu vermindern und umzustrukturieren, einschließlich der für die Gesundheit. Diese zwei Ziele leiteten den ersten Vorschlag, den die Weltbank in dem Text *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform* machte.² Dieses Dokument löste heftige Kritiken³ aufgrund seiner orthodoxen Neoliberalität und seiner absolut fehlenden Sensibilität gegenüber dem sozialen Verfall und der politischen Konflikthaftigkeit aus, die die Prozesse der Sparpolitik begleitet haben.

Obwohl *Investitionen in die Gesundheit* sich auf die gleiche Grundkonzeption stützt, sind einige der am vorangegangenen Dokument am meisten kritisierten Aspekte korrigiert und die Entwürfe erweitert worden. Dieser relative Schwenk drückt eine wachsende Besorgnis wegen der politischen und sozialen Effekte des neoliberalen Projekts aus, weil diese seine Realisierung bedrohen. Daher ist ein weiteres Ziel des uns beschäftigenden Dokuments die Skizzierung von Politiken zur Abschwächung der sozialen und politischen Kosten der Sparpolitik. Ein Teil der hier vorgenommenen Bemühungen besteht darin, einen sozialen Diskurs über den Kampf gegen die Armut aufzubauen, beginnend mit dem Weltbankbericht 1990.⁴ In diese Richtung wird die UNICEF-Lösung der *Sparpolitik mit menschlichem Antlitz*⁵ und die Empfehlung der 39. Weltgesundheitskonferenz von 1986, die Gesundheit und die Ernährung in den Sparprogrammen zu betrachten, wiederaufgenommen. Ferner ist

* Übersetzung aus dem Spanischen: Thomas Elkeles

bemerkenswert, daß der Bericht von 1993 mit den wesentlichen nationalen und internationalen Entwicklungsorganisationen und -behörden abgestimmt ist.⁶ Schließlich ist festzustellen, daß er besondere Betonung auf zwei hervortretende soziale Akteure legt, und zwar die Frauenorganisationen und die Nichtregierungsorganisationen (NROs).

Die Prämissen und die Vorschläge

Die erste der dem Dokument zugrundeliegenden Prämissen besagt, daß die Gesundheit der Privatsphäre angehört. Daher darf sich der Staat bzw. die Regierung nur dann um die Probleme der Gesundheit kümmern, wenn die Privatpersonen diese nicht lösen wollen oder können. Dieser Prämisse fügt sich eine weitere hinzu, die kurzgefaßt besagt, der öffentliche Sektor sei ineffizient und – infolge der unterschiedlichen Machtmittel der verschiedenen Gruppen, Druck auf die Regierung auszuüben – häufig nicht gleichheitlich, während der private Sektor effizient und gleichheitlich sei, da er dem Wettbewerb und der Wahlfreiheit auf dem Markt folgt. Keine dieser beiden Prämissen werden in dem Text dargelegt, wie wir sehen werden. Sie bilden daher zugrundeliegende ideologische Postulate. Die dritte, als realistisch und pragmatisch präsentierte, Prämisse besagt, die öffentlichen Mittel für die Gesundheit sind und bleiben knapp.

Die Verantwortlichkeiten des Staates

Ausgehend von diesen Prämissen wird eine neue Verteilung der Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Gesundheit zwischen Staat bzw. Regierung und den Privatpersonen vorgeschlagen. Demnach hat sich die Regierung nur zu kümmern um⁷

- die Produktion der *öffentlichen Güter*, in einem restriktive Sinne,
- einige an das Individuum gerichtete Aktionen mit großen externen Effekten, d.h. solche, die kollektive Nutzen über das betreute Individuum hinaus haben,
- Maßnahmen der Regulation und Information, um den Unzulänglichkeiten des Marktes entgegenzuwirken,
- einige Aktionen mit hohem Kosten-Nutzen-Ertrag, um die Armut zu lindern.

Diese Verantwortungsbereiche entsprechen genau dem, was innerhalb der neoliberalen Doktrin rechtfertigbar ist, da es Aufgaben sind, die die Privatpersonen nicht übernehmen können oder wollen.⁸

Die für öffentliche Güter benutzte Definition basiert daher auf den Kriterien der Nicht-Exklusivität – alle tragen Nutzen davon – und der Nicht-Rivalität – ihr Gebrauch durch eine bestimmte Person schließt nicht deren Gebrauch durch andere aus. Unter dieser enggefaßten Definition kommen in diese Gruppe nur Maßnahmen wie die Bekämpfung von Übertragungen oder Verschmutzungen, gewisse Informationsmaßnahmen etc. Der Grund, warum sich die Regierung dieser Maßnahmen anzunehmen hat, liegt darin, daß die Privatpersonen kein Interesse daran haben, sie zu produzieren, da sie in der Regel nicht als Waren verkäuflich sind.

Es muß noch unterstrichen werden, daß in dieser Definition *das Öffentliche* als eine Kategorie gefaßt ist, die allen historischen, wertbezogenen und ethischen Inhalts entleert ist. Das heißt, es wird ignoriert, daß in der realen Welt der öffentliche Charakter eines Gutes oder einer Aktion ausgehend davon festgelegt wird, daß die Gesellschaft es als wertvoll und/oder sozial vorrangig betrachtet und die Entscheidung trifft, es zu übernehmen und kollektiv zu finanzieren.⁹ Das ist der Grund, warum viele Gesellschaften, wie auch die mexikanische, den Gesundheitsschutz ihrer Mitglieder als öffentliches Interesse anerkennen und ihm das Statut eines sozialen Bürgerrechts verleihen.

Im Vorschlag der Weltbank rechtfertigt sich die Einbeziehung von Maßnahmen mit großen externen Effekten in die Verantwortlichkeiten der Regierung, wie die Durchführung einiger Impfungen oder die Behandlung stark ansteckender Krankheiten, weil diese den sogenannten öffentlichen Gütern ähneln.

Ferner sind nach dieser Sichtweise die Maßnahmen der Regulation und Information dann legitim, wenn sie nicht die Ausübung der Freiheit auf dem Markt beeinträchtigen und sie auf die Kompensation einiger dessen bekannter Unzulänglichkeiten zielen. Die selektiven und effizienten Maßnahmen zur Linderung der Armut schließlich wären gerechtfertigt, weil die Privat-Armen sie nicht auf dem Markt kaufen können, da die Privat-Erzeuger nicht daran interessiert sind, sie zu produzieren. Es resultiert daher ein minimales soziales Gebot, sie mit öffentlichen Mitteln zu finanzieren.

Die praktische Schlußfolgerung dieser doktrinären Überlegungen ist, daß die Regierung sich lediglich einiger Aktionen der öffentlichen Gesundheit und eines Pakets von klinischen Grund-, jedoch nicht von speziellen Fachleistungen anzunehmen hat. Letzteres wird in einem anderen Aufsatz dieses Buchs analysiert.¹⁰

Die Rolle der Privatpersonen bei der Gesundheit

In Übereinstimmung mit den Prämissen, daß die Gesundheit der Privatsphäre angehört und daß die gesundheitlichen Versorgungsleistungen ein *privates Gut*¹¹ sind, räumt der Vorschlag der Weltbank den privaten Akteuren eine herausragende Rolle ein. Er schließt unter ihnen drei Akteure mit sehr unterschiedlichem Charakter ein, nämlich die Person und ihre Familie, die nicht kommerziellen privaten Institutionen und Organismen und die Privaten, die auf dem Markt mit dem Ziel der Profiterzielung operieren.

Getreu ihrer individualistischen Ideologiekonzeption vertritt die Weltbank den Standpunkt, *was die Personen mit ihrem Leben und dem ihrer Kinder machen, ist weitaus wichtiger als was die Regierungen machen*,¹² wobei die ökonomische und soziale Determinierung des Raums, in dem die Individuen sich treffen und handeln, völlig übersehen wird. Der Hauptverantwortliche für die Gesundheit ist daher das Individuum und seine Familie, die eine gesunde Lebensweise wählen und ihre Krankheitsprobleme dadurch lösen sollen, daß sie die notwendigen ärztlichen Leistungen auf dem Markt kaufen.

Innerhalb der Familie sind es die Frauen, die von besonderer Bedeutung für die Sorge um die Gesundheit sind, und einige der expliziten Vorschläge des Berichts sind an sie gerichtet;¹³ dieses Thema wird an anderer Stelle dieses Buches behandelt.¹⁴ Zweck dieser Vorschläge ist die Stärkung der Kapazitäten der Familie – sprich der Frau –, besonders in den armen Sektoren, sich einer Reihe von Gesundheitsaufgaben anzunehmen und so den öffentlichen Sektor zu ersetzen oder zu entlasten.

Die für die nichtkommerziellen privaten Organismen vorgesehene Rolle betrifft auch die Bevölkerung mit geringen Einkommen, die nicht auf den Markt zugreifen kann, um ihre Gesundheitsprobleme zu lösen. Es wird besonders die Arbeit der NROs hervorgehoben und sogar vorgeschlagen, es sei ratsam, ihnen einige Regierungsaufgaben zu übertragen und sie dafür finanziell zu unterstützen. Das zur Begründung eines solchen Vorschlags benutzte Argument ist, die öffentlichen Institutionen seien eher effizient. Jedoch bleibt bei diesem Vorschlag die privatisierungsideologische Färbung und die Absicht, die Gesundheitsversorgung weitgehendst zu deinstitutionalisieren, nicht unverborgten.

Gemäß dem Vorschlag der Weltbank soll das Gros der klinischen Versorgung, die sogenannten speziellen medizinischen Leistungen, nach merkantilen Kriterien geführt werden und in Händen von

Privatanbietern sein, die nach der Marktlogik operieren.¹⁵ Es wird eingeräumt, daß dies nur machbar ist, wenn man Finanzierungsmechanismen schafft, die die Zahlungskapazität der Kunden garantieren, d.h. eine effektive Nachfrage und einen stabilen Markt.¹⁶ Damit führt die Weltbank neben den privaten Anbietern medizinischer Leistungen die Versicherer als einen zentralen Agenten in das Feld der Gesundheit ein. Sie widmet einen wichtigen Teil ihrer Vorschläge den Formen der Verbindung zwischen Finanzierung und Produktion privater Dienstleistungen und empfiehlt als zentrale Maßnahme die Förderung der Konkurrenz und der Vielfalt.

Die Rechtfertigung dafür, die Finanzierung und/oder Vorhaltung klinischer Fachversorgung dem Privatsektor zu übertragen, stützt sich auf drei Argumente, und zwar die Armut des Staates, die Ineffizienz des öffentlichen Sektors und die Ungleichheit beim Zugang zu seinen Leistungen.

Bezüglich der Armut des Staates wird es so dargestellt, als ob es eine objektive und unveränderbare Tatsache wäre, daß die Regierungen nur über sehr begrenzte Mittel für die Gesundheit verfügen. Es wird jedoch verschwiegen, daß dies nur unter der Voraussetzung zutreffend ist, daß an der Orthodoxie der Sparpolitiken festgehalten wird. Es ist daher kein Zufall, daß das Dokument eine Analyse der Verteilung öffentlicher Mittel zwischen verschiedenen Ausgabeposten und ihrer Neuzusammensetzung infolge der Sparpolitik vermissen läßt. Eine solche Analyse würde mindestens zwei wichtige Tatsachen aufdecken. Die erste ist der Abfluß öffentlicher Finanzmittel in die Schuldentilgung bei Abnahme der Sozialausgaben,¹⁷ was eine der größten Umverteilungen der Ressourcen von den *Armen* zu den *Reichen* bedeutet, die in den letzten fünfzig Jahren stattgefunden hat.¹⁸ Die zweite Tatsache ist, daß die Mehrzahl der Länder mit mittlerem Einkommen, wie im Falle von Mexiko, einen vergleichsweise niedrigen Prozentsatz ihres Bruttoinlandsproduktes den Sozialausgaben widmet und daß außerdem ein wichtiger Teil der als öffentliche Ausgaben für Gesundheit gezählten Mittel nicht aus Steuereinnahmen stammt, sondern aus den Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern an die Sozialversicherung. Das heißt, sie betreffen nicht die öffentlichen Finanzen.

Das zweite Argument zugunsten der Privatisierung der klinischen Versorgung – die Ineffizienz des öffentlichen Sektors – wird als eine Einforderung von Prinzipien¹⁹ und in aus dem Zusammenhang gerissener Form vorgebracht. So nimmt man nicht darauf Bezug, daß der beschleunigte Verfallsprozeß der öffentlichen Institution eine

direkte Beziehung mit ihrer Unterfinanzierung aufgrund der Sparpolitik hat.²⁰

Gleichermaßen außerhalb des Kontextes steht das Argument von der Ungleichheit der öffentlichen Dienste. So sagt man zum Beispiel, daß die »Rechtebesitzer« der Sozialversicherung sich einer maßlosen staatlichen Unterstützung zum Nachteil der Armen bedienen. Dieses Argument übersieht zwei wesentliche Punkte: erstens sind die Versicherten in ihrer großen Mehrheit arme und verarmte Arbeitnehmer und zweitens würde die Universalisierung der öffentlichen Versicherung diese angenommene Ungerechtigkeit beseitigen.²¹ Schließlich wird weder die Ineffizienz noch die Ungleichheit des öffentlichen Sektors mit der Ineffizienz und Ungleichheit der privaten Option zur Lösung der Gesundheitsprobleme verglichen. Das herausragendste Beispiel für diese Option sind die USA, deren Krise hinsichtlich des Kostenproblems und der fehlenden Absicherung gegen Krankheit mehr als bekannt ist.²²

Die Inkonsistenzen der Argumentation, es sei angebracht, die speziellen klinischen Leistungen^{23,24} zu privatisieren, lassen sich nur verstehen, wenn die Prämissen der zugrundeliegenden Konzeption klargemacht werden, wie sie in aller Deutlichkeit in *Agenda de la Reforma* (1987) hervortreten.²⁵ In jenem Dokument begründet sich die Privatisierung der medizinischen Dienstleistungen von der Prämisse her, sie seien *private Güter*. Man schreibt ihnen diesen Charakter mit dem Argument zu, daß sie von Individuen (Privatpersonen) und zudem in variablem Umfang konsumiert werden. Insofern die Dienstleistungen einen privaten, von den Personen unterschiedlich in Anspruch genommenen Konsum repräsentieren, so fährt das Argument fort, sei es ungerecht, daß sie aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Daher solle jeder die Dienstleistungen, die er nutzt, auch bezahlen. Notwendige Bedingung dafür, daß dies geschehen könne, sei es, den Dienstleistungen einen Preis zuzuordnen, d.h. sie zu merkantilisieren.

Wie bereits gezeigt besteht das Betrügerische an dem Argument in der Tatsache, daß ein Gut oder eine Dienstleistung von Individuen privat konsumiert werden darin, daß diese Tatsache es in keiner Weise verhindert, daß dieses Gut oder diese Dienstleistung als öffentliches Interesse anzusehen sind und von der Gesellschaft mittels des Staates garantiert werden. Ganz im Gegenteil haben die Freiheiten und Rechte der Bürger, Grundprinzipien der modernen Gesellschaften, öffentlichen Charakter, und zwar unabhängig davon, daß sie individuell ausgeübt und genossen werden. Denn sie

drücken gemeinsam geteilte ethische Werte und demokratisch fixierte soziale Prioritäten aus.²⁶

Angesichts des Umstands, daß die Gesundheit direkt die Erhaltung des Lebens und die Entwicklung der menschlichen Fähigkeiten betrifft, kann man außerdem sagen, daß sie ein unverzichtbares menschliches Grundbedürfnis ist.²⁷ Daher sollte ein jegliches menschliches Wesen das Recht darauf haben, dieses Grundbedürfnis optimal befriedigen zu können – ein Recht, das nur mittels öffentlichen Handelns garantiert werden kann, besonders in Gesellschaften, die durch tiefe Ungleichheiten gekennzeichnet sind, wie es bei den lateinamerikanischen Gesellschaften der Fall ist. Wenn der Kern dieses Arguments akzeptiert wird, wird es betrügerisch, um nicht zu sagen zynisch, die medizinischen Dienste als Spezialleistungen anzusehen – d.h. je nach Geschmack eines jeden einzelnen – und sie damit gleichzusetzen mit irgendwelchen anderen Konsum- oder Warenobjekten, wo doch der Zugang zu vielen von ihnen den Unterschied zwischen Leben und Tod, den Unterschied zwischen schweren physischen oder geistigen Schäden einerseits und akzeptablen Bedingungen für die Entwicklung von Fähigkeiten andererseits bedeutet.

Man kann natürlich argumentieren, die Armut eines Landes verhindere die optimale Befriedigung der Gesundheitsbedürfnisse, selbst wenn öffentliche Mittel für dieses Ziel aufgewendet werden. Dieses Argument sollte jedoch stets von einer Analyse der Verteilung des nationalen Reichtums begleitet sein, da es, besonders in Ländern im oberen Bereich mittleren Einkommens wie Mexiko, nicht das absolute Fehlen von nationalen Mitteln ist, das die Nichtbefriedigung der Gesundheitsbedürfnisse erklärt, sondern ihre Konzentration in Händen einer sehr reduzierten Gruppe²⁸ – eine durch die neoliberale Politik noch verschlimmerte Situation.²⁹

Eine andere dem Vorschlag der Weltbank zugrunde liegende Prämisse ist, daß sowohl der Inhalt des staatlichen Pakets als auch die frei gewählten und am Markt konsumierten Dienstleistungen sich nach einer simplen ökonomischen Rationalität, basierend auf einer Kosten-Nutzen-Rechnung, zu richten haben. Man versucht so, alle historische, kulturelle, symbolische und gefühlsmäßige Bedeutung auszutreiben, die Gesundheit, Krankheit und Tod selbst in den am meisten merkantilisierten Gesellschaften haben in wissenschaftlicher Literatur und als Thema aller Künste breit dokumentierte und analysierte Bedeutungen. Dieser Versuch, an den *homo oeconomicus* auf dem Gesundheitsmarkt zu appellieren, bedeutet

ziemlich wahrscheinlich, daß die Weltbank dabei scheitern wird, sich sozial zu legitimieren. Denn es werden menschliche Grundwerte verletzt.

Die Darstellung und die Argumente

Der Leser, der hier angelangt ist und *Investitionen in die Gesundheit* kennt, wird protestieren, meine Analyse werde seinem Inhalt nicht gerecht. Zum Teil hat er Recht, denn wir stehen einem pragmatischen und mit einer großen Anzahl von Organisationen abgestimmten Dokument gegenüber. Das findet seinen Ausdruck darin, daß sich simultan verschiedene Diskurse und Argumentationslinien entwickeln, die häufig widersprüchlich in sich selber sind. Es werden praktisch alle Positionen aus der Gesundheitsdebatte des letzten Jahrzehnts vorgebracht, so daß sich fast alle ihrer Teilnehmer mit irgendeinem Teil des Dokuments identifizieren können. Jedoch die Konzeption, die den Vorschlag ordnet und ihm Kohäsion gibt und die sich aus dem Aktionsprogramm ergibt, hat eine unverwischbar neoliberale Prägung.

Es gibt interne Widersprüche in dem Dokument bezüglich praktisch aller behandelten Themen. Ich werde mich allerdings darauf beschränken, die Plädoyers für die Privatisierung der Finanzierung und der Einrichtungen zu analysieren. Wie bereits erwähnt ist es eine der Hauptlinien des Weltbankvorschlags, die Vielfalt und den Wettbewerb auf dem Markt der Gesundheitsgüter – Versicherungen und Dienstleistungen – anzuregen, was Intervention und aktive staatliche Unterstützung zugunsten des Privatsektors bedeutet.³⁰ Von hier aus beginnen sich die Widersprüche zu zeigen. Wie vereinbart sich die Kürzung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit mit der Förderung des Privatsektors, zumal die Möglichkeit, letztere mit den üblicherweise benutzten Mitteln – d.h. mit Unterstützungen – zu realisieren, ausgeschlossen wäre? Obwohl man vor diesen Mitteln warnt, werden Maßnahmen vorgeschlagen, die in ihrer praktischen Anwendung zu indirekten oder versteckten Subventionen des privaten Sektors geführt haben, wie zum Beispiel die Versicherungspflicht mit der Wahlmöglichkeit zwischen privatem und öffentlichem System oder die Ersetzung vormals öffentlicher Dienste durch den Privatsektor.

Ein zentraler Vorschlag der Weltbank besteht darin, daß die speziellen medizinischen Dienstleistungen sich durch die Bezahlung der Leistungen selbst zu finanzieren haben. Jedoch wird gleichzeitig

anerkannt, daß die Bezahlung ein Hindernis für den Zugang ist und daß es notwendig ist, die Erhebung von Gebühren in den öffentlichen Diensten zu flexibilisieren. Es wird sogar analysiert, wie die Erhebung von Tarifen für die Tuberkulosebehandlung in China zwischen einer und anderthalb Millionen zusätzlichen Fällen verursacht hat (S. 60). Hier gibt es eine Modifikation hinsichtlich der Vorschläge der *Agenda* von 1987, ohne daß diese Modifikation einen grundsätzlichen Wandel bedeuten würde.

In Anbetracht der hohen Kosten der klinischen Dienste auf dem Markt empfiehlt die Weltbank als Garantiemechanismus der Zahlung, Krankenversicherungen zu etablieren, welche öffentlich oder privat sein können. Ausdrücklich werden die Mißbräuche bei den privaten Versicherungen benannt, wie die *adverse Selektion*, d.h. die Praxis der Versicherungsgesellschaften, Personen mit hohem Krankheitsrisiko auszuschließen sowie das *moralische Risiko* der Anbieter und Inanspruchnehmer, d.h. die ohne Erfordernis erfolgende Inanspruchnahme der Dienste oder der Versicherungsbetrug (S. 56-57). Diese schlechten und verbreiteten Praktiken verhindern jedoch nicht, daß man zu einem staatlichen Impuls zugunsten der privaten Versicherungen rät (S. 112).

So stark ist die Überzeugung von den Wohltaten des Marktes bzw. die Entscheidung, die Mittel für die Gesundheit zu den privaten Finanzgruppen zu transferieren, daß man eine Reihe von Maßnahmen analysiert, um den privaten Mißbrauch zu regulieren, zu reduzieren oder zu kompensieren statt zu untersuchen, wie die öffentliche Finanzierung sichergestellt werden könnte. Es ist bemerkenswert, daß alle diese Maßnahmen aus dem Erfahrungsschatz der Vereinigten Staaten entnommen sind, wo sich keine von ihnen als effizient erwiesen hat.³¹ Die im Bericht als Belege vorgetragene Ausführungen können ebenfalls nicht die Überlegenheit der empfohlenen privaten Versicherungssysteme zeigen. Schauen wir uns einige Beispiele an. Obwohl versichert wird, der öffentliche Universalismus sei fehlgeschlagen, werden die universellen Systeme der Sozialversicherung von Costa Rica und Korea hervorgehoben, da sie ein hohes Maß an Gleichheit erreicht hätten, indem sie größere Mittel an die Armen geleitet haben (S. 71). Wenngleich die Radikalität der privatisierenden Gesundheitsreform in Chile als Beispiel hervorgehoben wird, wird eingeräumt, sie habe eine verschärfte *adverse Selektion* und die Verarmung des öffentlichen Sozialversicherungssystems hervorgerufen (S. 167). Bei der Evaluation der Kosten und der Bedürfnisbefriedigung von 10 OECD-Ländern zeigt das private System der

USA die schlechtesten Resultate, d.h. hohe Kosten und geringe Bedürfnisbefriedigung (S. 72). Es wird sogar festgestellt, daß – obwohl man theoretisch aus dem privaten System die adverse Selektion und die Ungleichheit im Zugang zu den Dienstleistungen eliminieren könne – einzig und allein die Systeme mit öffentlicher oder halböffentlicher Finanzierung auf Grundlage von kollektiv-solidarischen Fonds die Universalität und die Gleichheit im Zugang zu den Dienstleistungen erlauben (S. 123 und 125).

Hinsichtlich der Produktion der Dienstleistungen ist es abermals die zentrale Linie des Vorschlags, die Vielfalt und den Wettbewerb unter den Anbietern zu erhöhen, um die Qualität und Effizienz der Leistungen zu verbessern (S. 7). Jedoch wird eingeräumt, es sei keineswegs klar, daß der Wettbewerb Verbesserungen, sei es bei der Qualität oder sei es bei der Effizienz, hervorbringe (S. 135). Ferner wird anerkannt, daß häufig die objektiven und subjektiven Bedingungen nicht existieren, die es dem *Kunden* erlauben, eine rationale Wahl zwischen den Anbietern und den Behandlungsformen vorzunehmen; hier liegt eine Unzulänglichkeit des Marktes.

Trotz der Anerkennung der Tatsache, daß das Profitmotiv einen wichtigen Teil der Ineffizienz und der Anwendung unangemessener Methoden bei Diagnostik und Behandlung erklärt, wird darauf bestanden, Privatanbieter zu fördern, damit diese sich der Produktion spezieller medizinischer Leistungen annehmen. Statt nach Möglichkeiten der Stärkung und Verbesserung der öffentlichen Dienste zu suchen, werden zur Verbesserung der Qualität und Effizienz empfohlen: die Regulierung, Zahlungsformen wie die – die Nutzung teurer Dienstleistungen nicht einschließende – Fallpauschale, sowie an die Nutzer gerichtete Informationsmaßnahmen (S. 136).

Das Schema (S. 130), das die vorgeschlagenen Politikformen zur Verbesserung der medizinischen Dienstleistungen und deren Rückwirkungen auf die Effizienz hinsichtlich Verteilung und Durchführung sowie auf die Versorgung der Armen zusammenfaßt, ist in hohem Maße aufschlußreich über die Widersprüche des Berichts. Nach diesem Schema sind die Maßnahmen, die die größte Wirkung haben, diejenigen des öffentlichen Sektors, während diejenigen, die auf den Privatsektor bezogen sind, fast kaum die drei evaluierten Parameter betreffen.

Die Konsequenzen und die Risiken

Die Realisierung des Grundvorschlags des Dokuments *Investitionen in die Gesundheit* bedeutet in der Mehrzahl der Länder, das Gesundheitssystem einem größeren Experiment auf ziemlich unsicheren Grundlagen auszusetzen. Das rührt daher, daß es, wie der Bericht selber zeigt, keine klaren Beweise dafür gibt, die empfohlene Politik könnte die gegenwärtigen Probleme lösen. Nun kann man vorbringen, die Regierungen seien frei in der Option, den Vorschlag anzunehmen oder nicht. Man sollte jedoch nicht unterschätzen, welchen Zwang die Weltbank auf die unterentwickelten Länder mit ihrem dringenden Devisenbedarf mittels ihrer Bedingungen für die Gewährung und Vergabe von Krediten und Hilfsmaßnahmen, die bei Anwendung ihrer Politikvorschläge gewährt werden, ausüben kann. Es scheint sogar unwahrscheinlich, daß irgendein entwickeltes Land bereit wäre, ein so radikales Experiment auf äußerst ungesicherten Grundlagen durchzuführen, wie es die Weltbank vorschlägt.

Bei diesem Experiment sind es die öffentlichen Institutionen, die am meisten geschädigt werden, denn statt sie etwa zu stärken, ist ihr partieller Abbau und das Verschwinden von Programmen oder das Auseinanderreißen von Versorgungsstufen vorgesehen. In diesem Zusammenhang muß man sagen, daß das öffentliche Gesundheitssystem trotz seiner deutlichen Verschlechterung im letzten Jahrzehnt immer noch die einzige Versorgungsalternative für die Mehrheit der lateinamerikanischen Bevölkerung ist. Es durch nicht-institutionelle Dienste wie die NROs oder private Anbieter zu ersetzen, kann schwerlich einen stabilen Zugang zu Dienstleistungen schaffen oder verbessern.

Andererseits lassen die Wechsel und jähen Anpassungen, die die von der Weltbank vorgeschlagenen Politiken in kurzer Zeit durchgemacht haben, zusätzliche Probleme voraussehen. Beispiel dafür ist die Eindringlichkeit, mit der sich die Weltbank zuvor dafür eingesetzt hat, für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen solle etwas gezahlt werden, und sei es ein niedriger Betrag. Diese Politik wurde von der UNICEF in der Bamako-Initiative³² aufgenommen, an der 18 afrikanische Regierungen beteiligt waren und die erhebliche Mittel mobilisierte; allein die UNICEF investierte 36 Mio. Dollar in das Projekt.³³ Jetzt stellt die Weltbank in Frage, ob dieses Projekt halt- und generalisierbar sei und empfiehlt, bei der Erhebung von Tarifen bzw. Selbstbeteiligungen mit Vorsicht vorzugehen. Trotz

der aufgetretenen Ausschließungseffekte, die die Politik der Tarife bzw. Selbstbeteiligung hatte, hat diese Politik nicht – wie der jetzige Vorschlag – eine weitgehende Destrukturierung der Versorgung bedeutet, von wo aus im Falle ihrer Vollendung eine Rückkehr sehr schwierig wäre.

Die Weltbank löst so, ohne daß die Tragfähigkeit auf mittlere oder lange Sicht gesichert wäre, in den Ländern mit den geringsten Mitteln eine ökonomische und soziale Ingenieurkunst zwecks Umbau ihrer geschwächten öffentlichen Institutionen aus. Die Verantwortung, die dies mit sich bringt, ist enorm, setzt man doch irreversible Prozesse in Gang, deren Effekte genau auf die Bevölkerung zurückfallen, von der gesagt wird, man wolle ihr Gutes tun.

Die Weltbank scheint sich auch nicht um die sozialen Konsequenzen zu kümmern, die ihr Experiment auslösen kann. Hat man irgendeine genaue Vorstellung von den Effekten, die es haben kann, wenn ein wichtiger Teil der Bevölkerung von speziellen medizinischen Leistungen ausgeschlossen wird oder als Konsequenz der neuen Politik seine minimalen Mittel für sie einsetzt?

Wenn darangegangen wird, die Politik anzuwenden, die speziellen medizinischen Leistungen aus der durch öffentliche Institutionen garantierten Versorgung auszuschließen, läßt sich außerdem ein bedeutendes Legitimitätsproblem erkennen. Wer soll den Leuten die Gründe erklären, weswegen man beschlossen hat, diese Leistungen seien nur für diejenigen da, die sie bezahlen können? Und wie gedenkt man diese Entscheidung zu rechtfertigen?

In diesem Zusammenhang kann die ökonomische Rationalität der Kosten-Nutzen-Rechnung, die zur Festlegung des Inhalts des Basispakets gesundheitlicher Versorgung vorgeschlagen wird, in Begriffen der Optimierung von Ressourcen tadellos erscheinen. Neben technischen Schwierigkeiten³⁴ stößt sie jedoch an entscheidende Grenzen, wie grundlegenden ethischen Problemen entgangen werden soll. Man kann vielleicht mit Berechnungen zu Aktionskosten/AVADS,³⁵ bezogen auf eine abstrakte Population, Antwort geben auf die Fragen: Wer darf leben und wer nicht? In wessen Gesundheit ist es rentabel zu investieren und in wessen nicht? Wird diese Berechnungsformel jedoch auf konkrete kranke oder vom Tode bedrohte Personen übertragen, stellt sich das Problem völlig anders.

Die Form, in der die modernen Gesellschaften die ethischen Wertfragen bezüglich aller ihrer Mitglieder lösen, ist – via Konflikt und späterem Konsens – die demokratische Fixierung sozialer Prioritäten

und die Festschreibung eines Statuts von Rechten und Pflichten. Die Realisierung dieser Rechte zu garantieren, trägt man im allgemeinen dem Staat auf, der sich hierzu der öffentlichen Institutionen bedient.

Es ist bemerkenswert, daß der Bericht eingangs das demokratische Verfahren zur Lösung ethischer Probleme mit einem weiteren, von den neoliberalen Theoretikern³⁶ entnommenen Argument abqualifiziert. So vertritt er den Standpunkt, die Möglichkeit bestimmter Gruppen (z.B. städtischer Sektoren³⁷ oder der Gewerkschaften), zwecks Durchsetzung ihrer Interessen Druck auf die Regierung auszuüben, schade dem Staat.³⁸ Nach dieser Sichtweise wäre es demnach eine Illusion, auf die Fähigkeit der Regierungen und Parlamente zu vertrauen, *gerechte* Entscheidungen im Sinne des Allgemeinwohls zu treffen. Daher wird das Problem in zwei Teile aufgetrennt: auf der einen Seite überträgt man dem Individuum die Entscheidung, ob und wie es die privaten Güter – die speziellen klinischen Leistungen – auf dem Markt³⁹ nutzen will, auf der anderen Seite wird die Regierungsentscheidung mit dem Kosten-Nutzen-Kalkül (pseudo)objektiviert.

Diese Logikoperation hat nicht ausschließlich eine Funktion für die Rechtfertigung der vorgeschlagenen Politik zur kurzfristigen Erreichung von Sparmaßnahmen, das heißt um die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit zu senken. Sie schließt auch den Plan ein, die Idee oder den Begriff der sozialen Rechte zu zerstören, was eine unverzichtbare Bedingung der Privatisierung und Merkantilisierung der Finanzierung und der Gesundheitsversorgung ist. Es ist absolut unmöglich, diese Rechte anzuerkennen, ohne zugleich die korrespondierenden sozialen und öffentlichen Verpflichtungen zu spezifizieren;⁴⁰ es wäre ein Widersinn, das Recht auf den Schutz der Gesundheit anzuerkennen, um anschließend zu definieren, die gesundheitliche Versorgung sei ein *privates Gut* und festzulegen, die speziellen medizinischen Leistungen seien *merkantile Güter*.

Obwohl der Weltbankvorschlag eine Offensive neoliberaler Ideologie darstellt, findet er seine Erklärung nicht nur auf dem Gebiet der Ideen, sondern auch in der materiellen Welt der ökonomischen Interessen. Hinter ihm steckt die Intention, die Gesundheitsversorgung als *private ökonomische Aktivität* zu vereinnahmen und zu legitimieren und sie in ein neues Feld der kapitalistischen Akkumulation zu verwandeln. Es besteht die Intention, in Gesundheit zu investieren, um Gewinn zu produzieren – im nichtfigurativen Sinne des Wortes.

Diese Intention steckt in der Offensive, die sozialen Dienste für die privaten Unternehmen zurückzuerlangen, das heißt sie zu merkantilisieren, was einer der Beweggründe für den gegenwärtig in der ganzen Welt stattfindenden Angriff auf den Wohlfahrtsstaat ist.⁴¹ Der Grund ist, daß diese Dienste heute ökonomische Aktivitäten von großer Bedeutung darstellen. Die Gesundheitsversorgung nimmt zum Beispiel in den entwickelten Ländern zwischen 8 und 12% des Bruttoinlandsprodukts ein und in denen mittleren Einkommens zwischen 3 und 5%, was weit mehr ist als fast jegliche andere industrielle oder Dienstleistungsaktivität. Die andere Seite des Arguments (die im Bericht lang und breit wiederholt wird), die Gesundheit sei zu teuer, um sie auf Kosten der Staatskasse laufen zu lassen, besteht darin, daß eine derart viel Geld verschlingende Aktivität nicht in den Händen des öffentlichen Sektors bleiben darf, sondern vom Privatsektor mit dem Ziel, Profit zu erzeugen, gehandhabt werden muß.

Implikation hierbei ist, daß die Privatisierung bei der Gesundheit nur insoweit interessiert, wie sie ein Akkumulationsfeld⁴² schaffen kann. Man könnte argumentieren, daß dieses in den unterentwickelten Ländern nicht der Fall ist und daher auch keinen Bestandteil der verborgenen Agenda der Weltbank bildet. Die empirische Evidenz zeigt jedoch, daß der Niedergang der öffentlichen Institutionen in den Ländern mit mittlerem Einkommen,⁴³ wie es die Mehrheit der lateinamerikanischen Länder ist, einen starken Impuls für das private Gesundheitssystem bedeutet hat, sowohl hinsichtlich der Versicherungen als auch der medizinischen Unternehmen. Die besondere Charakteristik des Privatisierungsprozesses in unseren Ländern ist, daß sie selektiv zu sein hat, um rentabel zu sein. Angesichts dieses Kontextes erhält der Vorschlag, das Paket an Basisleistungen ab- und dem öffentlichen Sektor zuzuteilen und die speziellen klinischen Leistungen für den Privatsektor zu reservieren sowie diese zu merkantilisieren, einen anderen Sinn.

Neben der Merkantilisierung der Gesundheitsversorgung ist die Annullierung des Konzepts der sozialen Rechte und der solidarischen und gleichheitsbezogenen Formen ihrer Garantierung eine weitere – wie man bereits gesehen hat, ebenfalls implizit im Weltbankvorschlag enthaltene – notwendige Bedingung für die Privatisierung. Die Transferierung des Rentablen in den Privatsektor erfordert Mechanismen der Inklusion-Exklusion, die inkompatibel mit der Idee des Rechts auf Schutz der Gesundheit sind, welches per Definition inkludierend ist.

Die dritte, nicht weniger wichtige Bedingung für die Privatisierung ist die Schaffung von Mechanismen, die dafür sorgen, daß die Nachfrage eine effektive Nachfrage ist, d.h. mit Kaufkraft ausgestattet ist. Das aktualisiert das Problem der Bildung von Fonds für die Gesundheit, um die Zahlung der in Anspruch genommenen Leistungen zu garantieren – ein in *Investitionen in die Gesundheit* bei der Diskussion und dem Dringen auf Förderung der privaten Krankenversicherungen breit behandeltes Thema. Die letzte Bedingung ist, Kriterien und Unterscheidungsmechanismen zu etablieren, die es erlauben, das Rentable vom nicht Rentablen zu trennen.

Die Gesundheitsfonds nehmen nicht nur für die Finanzierung der Ausweitung privater Leistungen eine entscheidende Rolle in dem neuen Privatisierungsprozeß ein, sondern auch weil es sich um Finanzfonds großen Umfangs handelt. Sie zu verwalten und zu kontrollieren bedeutet ein zusätzliches Geschäft, ein möglicherweise sogar noch größeres als die Erbringung der Leistung. Das würde den wachsenden Einzug des Finanzkapitals in Form der Versicherungsgesellschaften in den Gesundheitssektor erklären – eine Tendenz, die in der ganzen Welt recht aktuell⁴⁴ und eine der besonderen Charakteristika des gegenwärtigen Privatisierungsprozesses ist.

Die von der Weltbank für Länder mit mittlerem Einkommen wie Mexiko empfohlene Reform besteht hinsichtlich dieses Aspekts darin, die Zahl der Krankenversicherten zu erhöhen und dem Konsumenten das Recht zu geben, seinen Versicherer zu wählen.⁴⁵ Es wird also auf eine Pflichtversicherung mit individualisierten Fonds gesetzt, wie es in Chile geschah.⁴⁶ Der Vorteil dieses Modells ist aus Sicht des Privatisierungsprozesses, daß es zwei seiner Schlüsselprobleme löst. Zum einen verwandelt es die Krankenversicherung in eine Zwangssparkasse, was die Eintreibung der Fonds garantiert, die später zur Administration im Privatsektor transferiert werden können. Zum anderen schafft es eine Grundlage für die Transferierung des rentablen Teils der Versicherten in den Privatsektor, denn die individualisierten Fonds erlauben ihre Realisierung in Abhängigkeit von der Höhe des Beitrags. Obwohl dies idealerweise mit der Pflichtversicherung gemacht wird, kann dies auch mit privaten Zusatzversicherungen geschehen, die die Bevölkerung mit höheren Einkünften kollektiv oder individuell abschließt.

Die Umschichtung der Gesundheitsfonds und ihre Aneignung durch private Anbieter gesundheitlicher Versorgung geschieht nach diesem Schema nicht wegen einer globalen Umstellung der Finanzierung, sondern wegen einer Neuaufteilung der Fonds zwischen

privatem und öffentlichem System. Das heißt die neue Verteilung der Fonds macht man nicht, indem ein gemeinsamer Fond zwischen allen gemäß ihren Bedürfnissen verteilt wird, wie dies beim Solidarprinzip geschieht, sondern indem von der Höhe individuell gezahlter Beiträge ausgegangen wird, wobei die mit den höheren Beiträgen dem Privatsektor übergeben werden.

Bei den Leistungsanbietern tritt auch mehr und mehr das Großkapital mit der kapitalkräftigen Krankenhausindustrie als starker Akteur auf. Seine wachsende Bedeutung hängt mit der Umstrukturierung der medizinischen Praxis zusammen, in der eine ausgeklügelte diagnostische und therapeutische Technologie ins Zentrum rückt. Dies verändert nicht nur die Rolle des Krankenhauses, sondern auch den ärztlichen Arbeitsprozeß.⁴⁷ Es findet eine relative Verdrängung des Arztes statt, der wie auch die anderen Beschäftigten in eine untergeordnete Rolle in der Krankenhausarbeit gerät.

Diese Transformation der ärztlichen Praxis erfordert eine bedeutende Investition in Anlagen und Geräte. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, daß sich diese Investition rechnet, wenn die Produktion der Leistungen privat ist. Die Abnahme des spezifischen Gewichts des Arztes zugunsten technologischer Manipulationen bei der medizinischen Behandlung wird so zum Hebel für das Wachstum eines privaten Sektors von Dienstleistungen, die ganz auf Investition und technologische Mittel konzentriert sind. Das konkrete Resultat dieser Transformationen ist, daß die private Medizin heute nicht als ihr hauptsächliches ökonomisches Zentrum die Bereicherung des Arztes hat, sondern daß sich die Investition des Medizinunternehmens rechnet, also die Akkumulation von Kapital. Die andere Seite der Medaille des Medizinunternehmens sind die privaten Versicherungen oder die privaten Fondsverwalter, die größere Mittel bei sich konzentrieren – nicht die öffentliche Versicherung. Damit werden zwei parallele Systeme der Erbringung und Absicherung von Dienstleistungen festgeschrieben: das private, welches den größten Teil der Mittel bei sich konzentriert und für eine Minderheit da ist und das öffentliche, mit geringen Mitteln, das für die Mehrheit der Bevölkerung zu sorgen hat.

Obwohl die Weltbank vor der adversen Selektion des Privatsystems warnt, ist sie nicht in der Lage zu zeigen, diese hätte unter der Logik des Privatunternehmens auf dem Markt verhindert werden können. Der Grund dafür besteht schlicht und einfach darin, daß das private Unternehmen nach Kriterien der Optimierung des Profits operiert und nicht nach denen der Befriedigung sozialer

Bedürfnisse. Die Weltbank müßte deutlich machen, daß das Erscheinen des Großkapitals im Gesundheitssektor nicht den Rückzug des Staates als Akteur zu bedeuten hat, sondern im Gegenteil ein entschlossenes staatliches Handeln erfordert, sowohl bei der Einführung von Politiken, die den Privatsektor fördern, als auch bei der Übernahme der Verantwortung, Versorgungsleistungen – und seien diese lediglich ein Minimalpaket – für große Teile der Bevölkerung sicherzustellen. Sie müßte zudem davor warnen, daß die Stimulierung des Wachstums der privaten Versicherungen und der Medizinunternehmen diese zu mächtigen Akteuren auf dem Gebiet der Gesundheit macht. Urteilt man vor dem Hintergrund des Falles der Vereinigten Staaten,⁴⁸ so kann man voraussagen, daß die Fähigkeit zum Ausüben von Druck auf die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik diejenige weit übersteigen wird, die heutzutage irgendeine der pressure groups hat, welche die Weltbank so beunruhigen.

Nach den von der Weltbank in ihrem Bericht aufgestellten Kriterien⁴⁹ ist eine Gesundheitspolitik dann zufriedenstellend, wenn sie die Gesundheitsresultate und die Zufriedenheit der Konsumenten verbessert und zu mehr Gleichheit und geringeren Kosten führt. Es fällt schwer, zu vermuten, die Politik des Impulses zur selektiven Privatisierung könne auch nur eines dieser Kriterien erfüllen, wenn man von der Bevölkerungsgesamtheit aus schaut. Der Ausschluß eines Teils der Bevölkerung von vielen speziellen medizinischen Leistungen wird keine Verbesserungen bei der Gesundheit bringen und mit Sicherheit auch keine Zufriedenheit der Ausgeschlossenen mit der Behandlung. Es gibt keine klaren Beweise, wie die Weltbank an einigen Stellen selbst einräumt, daß die privaten Dienste kostengünstiger sind. Schließlich bedeutet die selektive Privatisierung nicht im entferntesten eine Erhöhung von Gleichheit, sondern statt dessen eine deutliche Erhöhung der Ungleichheit – was ganz klar ist, wenn man ihre Resultate mit der Gleichheitsdefinition der europäischen WGO vergleicht. Sie besagt, daß es Gleichheit in der Gesundheitsversorgung gibt, wenn es bei gleichen Bedürfnissen gleichen Zugang und gleiche Möglichkeit der Inanspruchnahme der existierenden Versorgung bei gleicher Qualität für alle gibt.⁵⁰

Korrespondenzadresse
Asa Christina Laurell
Apartado Postal, 70-212
CP 04510 Mexico DF, Mexico Land

Anmerkungen

- 1 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington D.C., 1993. deutsch: Weltbank: *Weltentwicklungsbericht 1993. Investitionen in die Gesundheit*. Weltbank, Washington, D.C., USA, 1993.
- 2 Akin J., *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, World Bank, Washington D.C., 1987.
- 3 Vgl. OPS: *Economía de salud*, OPS, Washington D.C., 1989.
- 4 World Bank, *World Development Report 1990*, World Bank, Oxford University Press, New York, 1990, 259 S. Vgl. für eine kritische Analyse dieses Textes: Burkett P: *Poverty, »Crisis in the Third World: the contradictions of World Bank policy«*, *Int. J. Health Serv.*, Vol. 21, Nr. 3, 1991, S.471-80.
- 5 Cornia G, Jolly J, Stewart F., *Adjustment with a Human Face*, Clarendon, Oxford, 1987.
- 6 Banco Mundial, *op. cit.*, p.iv.
- 7 *Ibidem*, S.55-60.
- 8 George V, Wilding P., *Ideology and Social Welfare*, Rotledge and Kegan Paul, London, 1985, S.19-43.
- 9 Donahue J.D., *La Decisión de Privatizar. Fines Públicos, Medios Privados*, Paidós, Buenos Aires, 1991, S.31-60.
- 10 Anm. d. Ü.: Die Autorin verweist hier auf den Aufsatz »La selectividad en la política de salud. La propuesta del Banco Mundial sobre servicios esenciales« von Oliva López Arellano, der sich in dem gleichen Reader befindet (S.33-60) wie die Originalfassung dieses Beitrags..
- 11 Akin, *op. cit.*
- 12 Banco Mundial, *op. cit.* S.38
- 13 Banco Mundial, *op. cit.*, S.38-52.
- 14 Anm. d. Ü.: Die Autorin verweist hier auf den Aufsatz »Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo« von Florencia Peña Saint Martin und María de los Angeles Garduño, der sich in dem gleichen Reader befindet (S.61-87) wie die Originalfassung dieses Beitrags.
- 15 Banco Mundial, *op. cit.*, S.60-73.
- 16 *Ibidem*, S.111-129.
- 17 Zepeda, E., *El gasto social en México: »De la estabilización al Neoliberalismo social«*, en *Frontera Norte*, COLEF, México (im Druck).
- 18 Vgl. A.C. Laurell, »La política social en el proyecto neoliberal«, *Cuadernos Médico Sociales*, Nr. 60, 1992, S.3-18.
- 19 Der Bericht sagt: Diese Ineffizienzen sind derart klar und seit derart langer Zeit kritisiert worden, daß sie nur durch...radikale Reformen überwunden werden können..., S.67.
- 20 Vgl. z.B. Laurell, *La Política social... op. cit.*
- 21 Anm. d. Ü.: Neben den Sozialversicherten der Privatwirtschaft existiert in Mexiko eine eigene Sozialversicherung für die Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes und ihre Familienangehörigen. Alle Sozialversicherungen unterhalten eigene Kliniken für die ambulante und stationäre Betreuung ihrer Versicherten. Für die nicht sozialversicherten Beschäftigten, d.h. den sogenannten informellen Sektor (insbesondere Teile der Landbevölkerung und ambulante Händler), hält der Staat die sogenannte *öffentliche Gesundheit* vor, d.h. Kliniken und ländliche Gesundheitsposten zur kostenlosen Versorgung der Nichtversicherten. Die Qualität ist in diesem Sektor infolge Unterfinanzierung traditionell mangelhaft. Der Vorschlag der Weltbank, die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Entwicklungsländern auf klinische Grundleistungen zu konzentrieren und die übrigen, sogenannten speziellen klinischen Leistungen dem privaten Sektor zu überlassen, würde für die mexikanischen Sozialversicherten den Verlust der vorhandenen Fachversorgung bedeuten.
- 22 Vgl. Navarro V. (ed.), *Why the US does not have a National Health Program*, Baywood, Framingdale, 1992.
- 23 Die Weltbank versteht unter speziellen medizinischen Leistungen solche, die nicht in das Paket von Basisleistungen eingeschlossen sind, dessen Inhalt sich in Abhängigkeit von einer Kosten-Nutzen-Rechnung und der zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel bestimmt.
- 24 Anm. d. Ü.: Zur zusätzlichen Information des deutschen Lesepublikums zum Konzept der Trennung von *Basisleistungen* und *speziellen medizinischen Leistungen* sei hier noch eine Passage aus dem Vorwort der deutschen Ausgabe des *Weltentwicklungsberichts 1993/Investitionen*

in die Gesundheit wiedergegeben ... Zweitens sollten die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf kosteneffizientere Programme umgelenkt werden, die den Armen mehr nützen. Von den 168 Milliarden Dollar, die in den Entwicklungsländern jährlich für die Gesundheit ausgegeben werden, entfällt die Hälfte auf den Staat. Von diesem Betrag wird zuviel für spezielle medizinische Leistungen in Fachkrankenhäusern verwendet, die nur einen geringen Nutzen bringen. Zu wenig wird für kostengünstige, hocheffiziente Programme ausgegeben, wie für die Bekämpfung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie der Mangelernährung. Die Entwicklungsländer als Gruppe könnten ihre Krankheitsbelastung um 25 Prozent verringern – was einer Verhinderung von 9 Millionen Todesfällen von Kindern entspräche –, indem sie im Durchschnitt etwa die Hälfte der öffentlichen Ausgaben, die derzeit für wenig kosteneffiziente Leistungen verwendet werden, auf Programme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und der klinischen Grundversorgung umleiten. Offenbar hat die Weltbank hierbei die Situation in einer Reihe von afrikanischen und auch asiatischen Ländern ohne eine größere Teile der Bevölkerung einschließende Sozialversicherung im Blick.

- 25 Akin, *op. cit.*
- 26 Vgl. z.B. A.Gurza Lavalle, »Contracrítica de lo público. Por una utopía al alcance de la mano«, *Coyuntura*, Nr. 37, 1993, S.32-39.
- 27 Doyle L., Gough I., *A Theory of Human Need*, MacMillan, London, 1991.
- 28 Banco Mundial, *op. cit.*, Abb. 30, S.303
- 29 Vgl. z.B. Alarcón D., *Changes in the Distribution of Income in México during the period of Trade Liberalization*, University of California, Riverside, 1993.
- 30 Banco Mundial, *op. cit.*, S.12-14.
- 31 Vgl. z.B. Bodenheimer T., »Should we abolish the private health industry«, *Int. J. Health Serv.*, Vol. 20, Nr. 2, 1990, S.199
- 32 MacPake B., Hanson K., Mills A., »Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako initiative«, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 36, Nr. 11, 1993, S.1383-1395.
- 33 Banco Mundial, *op. cit.*, S.167.
- 34 Anm. d. Ü.: Die Autorin verweist hier auf den Aufsatz »La carga global de morbilidad: justificación para invertir en salud« von José Blanco Gil und José Alberto Rivera M., der sich in dem gleichen Reader befindet (S.111-128) wie die Originalfassung dieses Beitrags.
- 35 Anm. d. Ü.: Gemeint sind offenbar Berechnungen nach dem Konzept der »gewonnenen Lebensjahre«.
- 36 George-Wilding, *op. cit.*
- 37 Im sozialwissenschaftlichen Sprachgebrauch in Lateinamerika bedeutet »Sektoren« etwa »gesellschaftliche Gruppen«.
- 38 Banco Mundial, *op. cit.*
- 39 Vgl. Person C., *Beyond the Welfare State*, Polity Press, Cambridge, 1991 für eine Diskussion über die Grundlagen der Theoretiker des »Public Choice«.
- 40 Da Vita A., *O lugar dos direitos na moralidade política*, Lua Nova, Nr. 30, 1993, S.5-34.
- 41 Vgl. z.B. Pierson, *op. cit.* Siehe auch G.Esping-Anderson, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.
- 42 Vgl. A.C.Laurell, »La lógica de la privatización en salud« in *Memorias del II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria*, México, 1993 (im Druck)
- 43 Fleury S (Org.): *Estado y Políticas Sociales en América Latina*, FIOCRUZ-UAM, México, 1992.
- 44 Himmelstein D., Woolhandler S: *The corporate compromise: a marxist view of health policy*, *Monthly Review*, May, 1990, S.14-29.
- 45 Banco Mundial, *op. cit.*
- 46 Piñera J., *El Cascabel al Gato. La Batalla por la Reforma Previsional en Chile*, Zig-Zag, Santiago, 1992.
- 47 Passos N.R., »El proceso de producción de los servicios de salud«, *Educ. Med. Salud*, Vol. 25, 1991, S.15-27.
- 48 Kemper V, Novak V., »What's blocking health care reform«, *Int. J. Health Serv.*, Vol. 23, Nr. 1, 1993, S.69-79.
- 49 Banco Mundial, *op. cit.*, S.55
- 50 Whitehead M., »The concepts and principles of equity and health«, *Int. J. Health Serv.*, Vol. 22, Nr. 3, 1992, S.434.