

## Chile: der gescheiterte Weg zur Privatisierung der Gesundheitssicherung

### 1. *Einleitung*

Fast ein Vierteljahrhundert ist vergangen, seit Chile sein bis dahin überwiegend staatliches Gesundheitswesen einer weit gehenden Umstrukturierung unterwarf. Mit seiner marktradikalen Reform der sozialen Sicherungssysteme war der Andenstaat damals der Zeit voraus, in den meisten anderen Ländern dieser Erde kam die Krise der Kranken- und Rentenversicherung erst viel später auf die Tagesordnung. Mittlerweile fordern PolitikerInnen und ÖkonomInnen fast überall und nahezu unisono marktwirtschaftliche Rezepte zur Überwindung finanzieller Probleme. Doch allzu oft vernachlässigen sie soziale und gesundheitspolitische Kosten. Ein Blick über Ländergrenzen hinweg könnte dazu beitragen, auch in Deutschland die Reformdebatten zu versachlichen und die nahezu überbordende Fülle von sozialpolitischen Vorschlägen zur Sanierung des Gesundheitswesens nach empirischen Kriterien zu überprüfen.

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der Darstellung der chilenischen Krankenversicherungsreform von 1981 sowie ihrer Ergebnisse und Konsequenzen. Dabei steht zum einen die Frage im Mittelpunkt, ob und wie weit Kassenwettbewerb zur Erreichung der von ihren VerfechterInnen erklärten Ziele wie Kostendämpfung, effizienterer Ressourceneinsatz, Verbesserung der Versorgungsqualität und Kundenzufriedenheit führt. Zum anderen sind Privatisierungsansätze im Gesundheitswesen auch an gesundheitspolitischen Ergebnissen wie universeller Absicherung, Solidarität, Fairness und Zugangsgerechtigkeit zu messen. Die konkreten Erfahrungen mit dem Modell Chile erlauben eine kritische Analyse marktorientierter Reformansätze. Vielfach unbeachtet, liefert der Andenstaat zugleich entwicklungspolitisch bedeutsame Ansätze für eine universelle Absicherung in Schwellen- und Entwicklungsländern.

### 2. *Historischer Überblick*

Wie kaum ein anderer Staat in Lateinamerika steht Chile in der Tradition des Wohlfahrtsstaates europäischer Prägung, der sich um die sozialen

Belange seiner armen und mittellosen BürgerInnen kümmert (vgl. Freiberg-Strauß 2000: 307). Als erstes westliches außereuropäisches Land bot es seiner Zivilbevölkerung umfassende soziale Sicherung und integrierte Gesundheitsversorgung. Seit 1918 hatten zunächst die EisenbahnarbeiterInnen freien bzw. kostengünstigen Zugang zu kurativer und präventiver medizinischer Behandlung (Reichard 1996: 83). Mit der Gründung einer Pflichtversicherungskasse für Arbeiter (Caja de Seguro Obrero Obligatorio) sowie vergleichbarer Angestelltenversicherungen im Jahre 1924 entstand ein soziales Sicherungssystem, das formal Beschäftigte gegen die Risiken von Alter, Krankheit, Unfall oder Arbeitsunfähigkeit absicherte (Labra 2002: 1042). Aus der Arbeiterkasse entstand 1942 nach britischem Vorbild der Nationale Gesundheitsdienst (Servicio Nacional de Salud – SNS), zeitgleich schlossen sich die Angestelltenkassen zum Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) zusammen. Auch für deren Versicherte wurde der SNS zum wichtigsten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Der mittlerweile staatliche Gesundheitssektor stellte Ende der 70er Jahre über 90 % aller Krankenhausbetten und sicherte mehr als drei Viertel der ambulanten Versorgung (vgl. Wainer 1997: 15; Bitrán/Almarza 1997: 23). Damals steuerte der Fiskus über 60 % zur Finanzierung des SNS bei, 26 % entfielen auf Beitragseinnahmen und 13 % auf Zuzahlungen im Krankheitsfall.

Quasi unter »Idealbedingungen« konnten die wirtschaftspolitischen BeraterInnen der Militärdiktatur von General Augusto Pinochet das überwiegend staatliche Gesundheitswesen grundlegend reformieren. Unter dem eisenharten Regime verwässerte kein demokratisches Verfahren ihre Pläne, kein innenpolitischer Widerstand regte sich. Damit entfällt eine übliche Ausrede von WirtschaftstechnokratInnen, die bei Versagen ihrer Ideen gerne anführen, sie hätten eben nicht alles wie erforderlich machen können. Die nach dem Wirkort ihres Lehrmeisters, des späteren Nobelpreisträgers Milton Friedman, benannten »Chicago-Boys« betrachten den Privatsektor als einzigen wahren Produzenten und Wachstumsmotor einer Volkswirtschaft, während Staat und öffentliche Unternehmen per se ineffizient arbeiten. Privatisierung und Rückzug des öffentlichen Sektors führen nach dieser neoklassischen Theorie zu funktionierenden Märkten und Wirtschaftswachstum (vgl. Meller 1983).

Die ab 1980 umgesetzten Reformen der Sozialsysteme in Chile standen unter den Vorzeichen dieser Ideologie, zu der die weit reichende Beschneidung der Rolle und Aufgaben des Staates gehörte (Labra 2002: 1044f.). Die Gesundheitsreform von 1981 umfasste im Wesentlichen vier Maßnahmen (vgl. Titelman 2000: 11):

1. Gründung des Nationalen Gesundheitsfonds (Fondo Nacional de Salud – FONASA) als öffentliche Krankenversicherungsinstitution
2. Zulassung von privaten Versicherungsunternehmen (ISAPREs) als Elemente der Sozialversicherungspflicht
3. Dezentralisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste unter Kontrolle des Gesundheitsministeriums mit jeweils umfassendem eigenem Dienstleistungsangebot
4. Überstellung der primären Gesundheitsversorgung in die Verantwortlichkeit der Kommunen.

Zentrale Elemente waren die Zulassung privatwirtschaftlicher Unternehmen in der sozialen Sicherung und die Einführung von Kassenwettbewerb. Der Abschluss einer Krankenversicherung blieb für alle abhängigen Beschäftigten und für Rentner verpflichtend, aber seit dem Inkrafttreten des Gesetzesdekrets Nr. 3626 vom 21.2.1981 können die ChilenInnen im Prinzip frei entscheiden, ob sie sich und ihre Angehörigen in der öffentlichen Krankenkasse FONASA oder bei einer privaten ISAPRE versichern. Die Kassenwahlfreiheit ist sogar in der bis heute gültigen chilenischen Verfassung von 1980 als Grundrecht verankert.<sup>1</sup> Alle BürgerInnen, die über ein eigenes Einkommen verfügen, sind verpflichtet, davon mindestens 7% für den Krankenversicherungsschutz aufzubringen. ArbeitnehmerInnen tragen den Beitrag alleine, da die chilenischen ReformierInnen den Arbeitgeberanteil gänzlich abschafften. Es besteht eine obere Bemessungsgrenze von 60 UF, so dass alle Besserverdienenden nur den Höchstbeitrag von 4,2 UF bezahlen müssen.<sup>2</sup> Untere Bemessungsgrenzen zur Verringerung des finanziellen Risikos Geringverdienender bei Abschluss einer Privatpolice sieht das chilenische System nicht vor. Um das freie Spiel der Marktkräfte möglichst wenig durch Regulierung zu bremsen, unterliegen die privaten Versicherungsunternehmen keinem Kontrahierungszwang gegenüber den VersicherungsnehmerInnen. Über ihre Beitragsgestaltung regeln die ISAPREs selber den Zugang zum privaten Krankenversicherungsmarkt sowie zu ihren Versicherungsprodukten.

### 3. *Entwicklung des privaten Versicherungsmarkts*

Nach der neoklassischen Auffassung der »Chicago-Boys« war es notwendig, die öffentliche Hand so weit wie möglich aus der sozialen Sicherung zurückzudrängen, damit Marktmechanismen auch dort die erwartete Effizienzsteigerung und Kostendämpfung bewirken konnten. Die Wahlmöglichkeit der BürgerInnen sollte den Druck auf die Versicherungen erhöhen, wirtschaftlich zu handeln und die Ressourcenallokation

im Gesundheitswesen zu verbessern. Die kurze Laufzeit der Privatpolizen von anfangs einem und seit neuerer Zeit zwei Jahren verhindert, dass die VersicherungsnehmerInnen an ihre Kasse gefesselt sind, und erlaubt ihnen, ihre Unzufriedenheit durch Austritt kund zu tun.

Die Väter der chilenischen Krankenversicherungsreform gingen davon aus, dass die Privatisierung langfristig die gesamte medizinische Versorgung und letztlich auch den gesamten Gesundheitssektor erfassen würde. Folgerichtig zog sich der Staat zunehmend aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zurück und kürzte die öffentlichen Aufwendungen im Sozialbereich. Allerdings mit einer Ausnahme: Um die Nachfrage nach privaten Versicherungspolizen zu fördern, subventionierte der Fiskus ab 1986 die Beiträge für BezieherInnen niedriger Einkommen. Dieser Zuschuss durfte sich pro Mitgliedsfamilie auf maximal 2% des zu Grunde gelegten Einkommens belaufen und erhielt daher den Namen »Zwei-prozentzuschuss«. So konnten sich BezieherInnen mittlerer Einkommen eine Police zu einem Preis von bis zu 9% des Bruttoeinkommens leisten (Holst 2004a: 47).

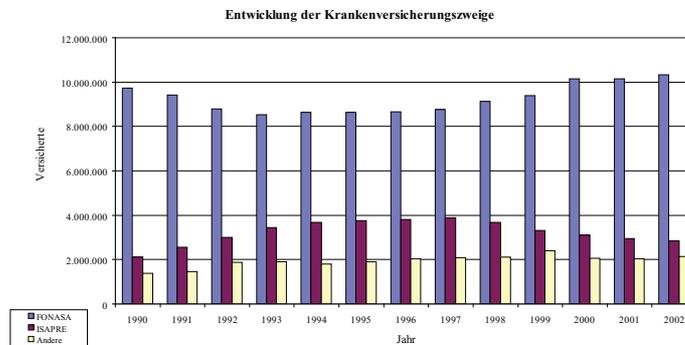
Die marktradikalen Reformen verzichteten weitgehend auf Regulierung des Krankenversicherungswesens und belasteten die Privatkassen mit keinerlei Präventionsverpflichtung. Sämtliche Impf- und sonstigen Vorbeugemaßnahmen beließen sie beim Gesundheitsministerium, und die Vertragskonditionen im chilenischen Krankenversicherungswesen bieten weder für Versicherung noch für Versicherte Anreize zur Gesundheitsförderung und Prävention. Gänzlich befreit sind die ISAPREs auch von der Verpflichtung zu Altersrückstellungen und den Lasten eines Risikostrukturausgleichs zwischen den verschiedenen Kassen (Hohmann/Holst 2002: 140).

Das Angebot der ISAPREs ist vor allem für die oberen Mittelschichten und die wohlhabenden ChilenInnen attraktiv, weil eine Privatpolice Zugang zu privaten DienstleisterInnen mit kürzeren Wartezeiten und besserer Infrastruktur im Vergleich zu öffentlichen Krankenhäusern und Polikliniken ermöglicht. In Folge der Austeritätspolitik der Diktatur waren die öffentlichen Versorgungsstrukturen zumeist in einem erbärmlichen Zustand und boten offenkundige Unzulänglichkeiten. Wer es sich leisten konnte, sicherte sich durch den Wechsel in eine ISAPRE bessere und raschere Behandlung, zumal viele BürgerInnen die Privatpolizen in der Anfangsphase als eine Art Zusatzversicherung sahen: Bei schweren Erkrankungen konnten sie meist problemlos auf die öffentliche Anbieterstruktur zurückgreifen (Kifmann 1998: 166).

Die Branche expandierte in den ersten Jahren rasant und erreichte anfangs jährliche Zuwachsraten bis zu 25%, im Spitzenjahr 1997 waren die

ISAPREs auf über 1,7 Millionen Beitragszahler und fast 3,9 Millionen Versicherte angewachsen und versorgten fast ein Drittel der Bevölkerung (SISP 1999: 46-49, 61). Viele Jahre gehörte die private Krankenversicherungswirtschaft zu den rentabelsten Wirtschaftszweigen in Chile (Hohmann/Holst 2002: 140). Allerdings nimmt die Rentabilität bereits seit Anfang der 90er Jahre beständig ab und hat zuletzt zu erheblichen Einbußen und negativen Bilanzen geführt (Holst 2004a: 31). Tatsächlich sind die Versichertenzahlen seit 1997 drastisch zurückgegangen, 2004 waren nur noch etwa 16 % der Bevölkerung privat krankenversichert, Tendenz weiter fallend (Superintendencia de Salud 2005). Gleichzeitig ist die Zahl der offenen ISAPREs von anfangs über 20 auf zuletzt acht Unternehmen zurückgegangen (Copetta 2003: 6). Kompensatorisch hat sich der Versichertenanteil von FONASA auf fast 70 % erhöht, auch der Anteil der Eigenversicherer – Armee, Polizei, Staatsunternehmen, Universitäten – sowie der nicht-versicherten BürgerInnen war leicht auf knapp 15 % gestiegen (Superintendencia de Salud 2005; FONASA 2005). Das folgende Schaubild zeigt die Entwicklung des Krankenversicherungsmarktes.

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenversicherungszweige in Chile 1990-2002



Die dargestellte Schrumpfung der Privatbranche geht indes nicht automatisch mit einer schlechteren Versorgung einher. Nachdem in den 16 Jahren der Diktatur (1973–1990) der Anteil der Staatszuschüsse zum öffentlichen Gesundheitssektor von 61,2 auf 38,7 % gesunken war, was einem Rückgang von 1,6 auf 0,7 % des Bruttosozialprodukts entsprach (Contreras et al. 1999: 23), beendeten die demokratisch gewählten Regierungen die sozialpolitisch restriktive Fiskalpolitik. Die öffentliche

Gesundheitsquote war 2001 gegenüber 1988 insgesamt von 2,2 auf über 3,8% des Bruttosozialproduktes gestiegen. Damit erhöhte der Fiskus seinen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben auf 54,8%, und der Anteil der Gesundheits- innerhalb der gesamten Regierungsausgaben stieg von 9,3% im Jahr 1990 innerhalb von neun Jahren auf 11,6% (Rodríguez/Tokman 2000: 7).

#### 4. *Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Kassen*

Die chilenischen ReformpolitikerInnen führten den Kassenwettbewerb unter Beibehaltung der Versicherungspflicht und Festlegung einer solidarischen Finanzierung ein. Unabhängig von der gewählten Kasse und Kassenart sind die Beiträge bis zur Bemessungsgrenze als Lohnprozente definiert. Dabei stoßen allerdings zwei unterschiedliche Logiken aufeinander. Wie die Gesetzliche Krankenkasse in Deutschland arbeitet die öffentliche Sozialversicherung nach dem Umlageverfahren, wendet das Solidarprinzip an und bietet dabei allen Mitgliedern ein beitragsunabhängiges, einheitliches Leistungspaket. Bei den privaten Kassen herrscht hingegen das Äquivalenzprinzip, die Privaten bieten unterschiedliche Produkte zu verschiedenen Preisen, und der Umfang des Versicherungsschutzes hängt unmittelbar von dem Tarif einer Police bzw. dem individuellen Risiko der VersicherungsnehmerInnen ab.

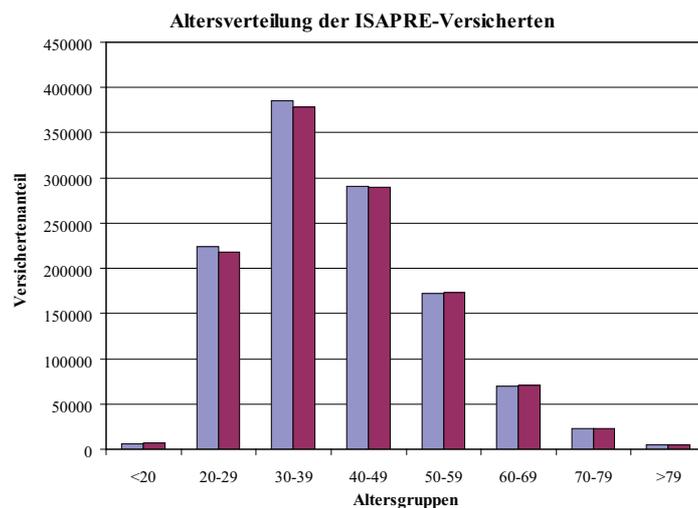
Diesen ist frei gestellt, ob sie ihrer Krankenversicherungspflicht bei der öffentlichen oder einer privaten Krankenversicherung nachkommen. Ein Kassenwechsel ist bei FONASA sofort und bei den ISAPREs nach einer Mindestlaufzeit von einem Jahr jederzeit möglich. Andererseits dürfen die privaten Versicherer ihre Vertragskonditionen alle zwölf oder 24 Monate ändern und die Modalitäten aktualisieren. Sie haben das Recht, die Kostenübernahmesätze für die versicherten Gesundheitsleistungen sowie die Basistarife an die aktuelle Kostenentwicklung oder sonstige ökonomische Gegebenheiten anzupassen. Dies ist allerdings nur für das Gesamtkollektiv in einem Vertragsmodell erlaubt, nicht aber bezogen auf einzelne Versicherte oder bestimmte Gruppen, die jeweiligen Änderungen gelten für alle Versicherten eines Vertragsmodells.<sup>3</sup>

Für das chilenische Krankenversicherungs- und Gesundheitssystem sind die Modalitäten der Vertragsgestaltung in der privaten Assekuranzbranche von entscheidender Bedeutung. Die Beiträge der offenen ISAPREs sind risikofaktorenabhängig und unterliegen der kontinuierlichen Anpassung an das individuelle Risikoprofil der VersicherungsnehmerInnen. Im Unterschied zur Sozialkasse FONASA, für die Kontrahierungspflicht gegenüber den VersicherungsnehmerInnen gilt, dürfen

die privaten Assekuranzagenturen die Aufnahme bestimmter Personen verweigern. private Versicherungsverträge sind individuell und schließen – im Unterschied zur öffentlichen Kasse FONASA – wirtschaftlich abhängige Familienmitglieder nicht ein. Die ISAPREs müssen das Profil ihrer Versicherten abschätzen und Verträge wie Vertragsmodalitäten so umgestalten, dass die Beitragseinnahmen ihr Risiko hinreichend abdecken (vgl. Bitrán/Almarza 1997: 41). Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die monatlichen Kosten der privaten Versicherungspolice, die sich für jede Familie als Produkt des Grundtarifs eines Vertrags mit der Summe der Risikofaktoren von BeitragszahlerIn und sämtlichen mitversicherten Angehörigen errechnet. Dabei ist nicht bloß der Zeitpunkt des Versicherungseintritts relevant, vielmehr ändern sich diese Faktoren kontinuierlich in Abhängigkeit vom Risikoprofil beziehungsweise – aus Sicht der ISAPREs – von den zu erwartenden risikoabhängigen Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Allerdings dürfen sie nicht einseitig einen Vertrag kündigen oder den Beitrag einzelner Versicherter anheben.

Die Privatassekuranzen berechnen für jede Versichertengruppe vertragspezifische Risikofaktoren auf der Grundlage der zu erwartenden durchschnittlichen Ausgaben. Als Einflussgrößen sind dabei nur Alter, Geschlecht und der Status als BeitragszahlerIn oder mitversicherte/r Angehörige/r zugelassen. So liegen die Risikofaktoren der weiblichen Hauptversicherten 1,5 bis 4 mal höher als die gleichaltriger Männer, da die Krankenversicherer alle Schwangerschafts- und Geburts-assoziierten Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Geburt und mögliche Komplikationen sowie vor allem den Ausgleich für den Verdienstausfall während der sechswöchigen Mutterschutzperiode finanzieren müssen.<sup>5</sup> Die meisten ISAPREs legen die erste Altersgrenze bei 45 Lebensjahren fest, bei deren Überschreiten der Risikofaktor männlicher Versicherter automatisch von 1 auf 1,5 steigt. So muss jede/r Versicherte bei Erreichen des 46. Lebensjahres anstatt des siebenprozentigen Pflichtbeitrags nunmehr 11,5% seines Einkommens aufbringen, um den bisherigen Vertrag behalten zu können. Ab dem 55. Lebensjahr steigen diese Faktoren und damit die Beiträge zunehmend, was entscheidenden Einfluss auf das risk pooling der ISAPREs hat. Anfang 2001 konnte sich nur jede/r 40. ChileIn über 65 Jahre noch eine Privatpolice leisten, allesamt Personen mit überdurchschnittlich hohem Einkommen (SISP 2001: 66f.; Holst 2004a: 42, 178, Fußnote 198). Heute ist der relative Anteil der privat Versicherten im Rentenalter auf 4,5% angestiegen, was allerdings in erster Linie auf den Rückgang der zahlenmäßig stärksten Gruppe der 25 bis 49-Jährigen zurückzuführen ist (Superintendencia de Salud 2005; Copetta 2003: 3).

Abbildung 2: Altersverteilung der ISAPRE-Versicherten



Bedeutsam für den Kassenwettbewerb in Chile ist die Durchlässigkeit des Systems, die den Versicherten in jedem Lebensabschnitt einen Versicherungswechsel erlaubt. Im Unterschied zu den VersicherungsnehmerInnen, die nach einjähriger Dauer jederzeit ihre Police kündigen und die Versicherung wechseln können, haben die Verträge für die Versicherungen formal unbeschränkte Laufzeit. Diesen steht allerdings alle 12 bzw. 24 Monate das Recht zu, die Vertragsmodalitäten zu überprüfen und die Konditionen an die aktuelle Situation ihrer KundInnen anzupassen. Denn immer wenn Hauptversicherte/r oder mitversicherte/r Angehörige/r einer vertraglich festgelegten Altersgrenze überschreitet, ändern sich nach Ablauf der individuellen 12- oder 24-monatigen Laufzeit der Police die Risikofaktoren und damit auch die reale Beitragsbelastung.

Den Versicherten stehen bei jeder »Vertragsanpassung« drei Möglichkeiten offen: Sofern sie bereit und in der Lage sind, höhere Monatsbeiträge aufzubringen, können sie im bestehenden Vertrag bleiben. Oder sie entscheiden sich für eine preisgünstigere Police, die in aller Regel eine geringere finanzielle Deckung der Leistungen bzw. höhere Selbstbeteiligungen mit sich bringt. Als dritte und vielfach letzte Möglichkeit bleibt ihnen der Wechsel in das Solidarsystem von FONASA, wo ihre finanzielle Belastung unabhängig von Alterung und Einkommenseinbußen dauerhaft an die reale Zahlungsfähigkeit gekoppelt ist.

Der gesetzliche Mindestbeitrag für die Krankenversicherung ist zwar auf 7 % des Bruttolohns festgesetzt, die VersicherungsnehmerInnen können aber einen höheren Monatsbeitrag mit ihrer ISAPRE vereinbaren. Die akkumulierten Risikofaktoren eines Haushalts verteuern im Laufe des Lebens die Preise der Versicherungsprodukte um ein Vielfaches der Ausgangswerte in jungen Jahren. Mindestens ein Drittel der privat krankenversicherten ChilenInnen zahlt »freiwillig« einen höheren als den vorgeschriebenen Krankenkassenbeitrag, in der Regel in Folge der Beitragssteigerung im Alter. Die durchschnittliche Krankenkassenabgabe belief sich nach Schätzungen der Superintendencia de ISAPRES aus dem Jahr 2000 auf 8,5 bis 10 % des Einkommens. Berücksichtigt man den hohen Anteil Versicherter, deren Gehalt über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, so führt die Mehrheit der NormalverdienerInnen mehr als den Pflichtbeitrag ab.

##### 5. *Leistungsabsicherung auf dem privaten Versicherungsmarkt*

Privatversicherungen müssen in ihren Verträgen sämtliche medizinischen Leistungen absichern, die auch der öffentliche Gesundheitssektor seinen Mitgliedern bietet. Grundlage ist der jährlich aktualisierte Katalog der FONASA-Gesundheitsleistungen<sup>6</sup>, der mit Ausnahme weniger hochspezialisierter Behandlungen praktisch das gesamte Leistungsspektrum der gängigen westlichen Medizin umfasst. Das Gesundheits- und Finanzministerium aktualisieren einmal im Jahr den Leistungskatalog, streichen veraltete oder obsoletere Leistungen und legen die Tarife der öffentlichen LeistungserbringerInnen fest.

Der explizite Ausschluss von bestimmten Diagnosen bzw. die Ausnahme von spezifischen Risiken bzw. Behandlungen aus Privatverträgen ist nicht zulässig. So dürfen ISAPREs Frauen mit nachgewiesener Gestationsunfähigkeit keine günstigeren Vertragsbedingungen anbieten, die alle schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen ausnehmen. Insgesamt erfolgte die Liberalisierung des chilenischen Krankenversicherungsmarktes indes ohne verbindliche Festlegung eines definierten Paketes medizinischer Leistungen, das allen Versicherten obligat und in vollem Umfang zur Verfügung steht. Denn die Gesetzgebung hat eine entscheidende Lücke: Sie legt nicht fest, in welchem Umfang die Privatversicherungen die aufgelisteten Leistungen übernehmen müssen.

Theoretisch war der Pflicht Genüge getan, wenn eine ISAPRE einen einzigen Peso der bisweilen mehrere Millionen kostenden Behandlungen getragen und den Rest den Versicherten als Zuzahlung überlassen hätte. In der Praxis orientierten sich mehrere Privatkassen an der 25-Prozent-

klausel, die auch für die Kostenübernahme bei vorbestehenden Krankheiten in den ersten 18 Monaten der Vertragslaufzeit gilt. Erst im November 2000 entschied der Oberste Gerichtshof in Santiago auf Antrag der Aufsichtsbehörde, die Mindestkostenübernahme müsse sich für jede einzelne Leistung auf 50 % des niedrigsten vergleichbaren FONASA-Satzes belaufen.

Die private Assekuranzwirtschaft in Chile wendet in großem Umfang Zuzahlungen im Krankheitsfall an. Jeder Vertrag enthält Obergrenzen für die Kostenübernahme bei Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, entweder bezogen auf einzelne Leistungen oder ein gewisses Zeitintervall.<sup>6</sup> Die Zuzahlungshöhe hängt einerseits vom gewählten Leistungserbringer ab, denn die meisten Privatpolicen bieten vergleichsweise günstigste Konditionen bei ausgewählten VertragsanbieterInnen, übernehmen aber nur einen geringen Teil der Kosten bei anderen LeistungserbringerInnen. Andererseits steht die Zuzahlungshöhe in direktem Verhältnis zum Grundpreis einer Versicherungspolice. Bei extern vorgegebenen Sozialabgaben können sich die ISAPREs auf der Einnahmeseite nur durch Ausschluss unlukrativer, zu niedriger Beiträge schützen. Versicherungsmathematische und unternehmerische Kriterien kommen daher vornehmlich auf der Ausgabenseite zum Tragen. Hier führt das Äquivalenzprinzip dazu, dass der Umfang der Kostenübernahme gleichsinnig mit dem Einkommen der Versicherten korreliert. Anders ausgedrückt: Die Höhe der Eigenbeteiligungen verhält sich umgekehrt proportional zum Einkommen. Je weniger jemand verdient, desto mehr muss er/sie aus der eigenen Tasche bezahlen (Kifmann 1998: 160; Holst 2004a: 211f., 224).

Die Eigenbeteiligung ist für die VerbraucherInnen kaum voraussehbar und betrifft am stärksten Menschen mit chronischen oder langwierigen Erkrankungen (vgl. Holst 2005: 10ff.). Zuzahlungen im Krankheitsfall stellen eines der großen konzeptionellen wie psychologischen Probleme des chilenischen Gesundheitssystems dar. Fehlende Preisregulierung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen verschärft das finanzielle Risiko der Versicherten. Die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf schwere Erkrankungen (Seguro de Enfermedades Catastróficas) verbessert seit 2002 die Risikoabsicherung komplexer Pathologien mit entsprechend kostspieliger Behandlung, vornehmlich Karzinome, koronare Herzkrankheit und transplantationspflichtige Organerkrankungen. Die ISAPREs haben sukzessive die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf derartige Krankheiten und erstmalig innerhalb des Subsystems eine ISAPRE-übergreifende Rückversicherung eingeführt. Spätestens mit dem Mitte 2004 verabschiedeten »Plan AUGE« soll das individuelle

Risiko im Falle schwerwiegender Erkrankungen für alle Bürger des Landes auf maximal zwei Monateinkommen pro Jahr begrenzt sein.

Allerdings übernehmen die privaten Krankenversicherer alle darüber hinaus gehenden Behandlungskosten für die Erkrankung nur dann, wenn sich der Versicherte oder seine Angehörigen bei den jeweiligen VertragsanbieterInnen behandeln lassen. Denn für die Zusatzversicherung gegen »katastrophische Erkrankungen« führten die ISAPREs erstmalig in großem Stil ein managed-care-System ein und nahmen dafür vornehmlich öffentliche Krankenhäuser unter Vertrag. Die Arzt- und Krankenhauswahl, ein Kernargument für die Gesundheitsreform von 1981 und wichtiger Anreiz zum Wechsel in eine Privatversicherung, ist dabei stark eingeschränkt.

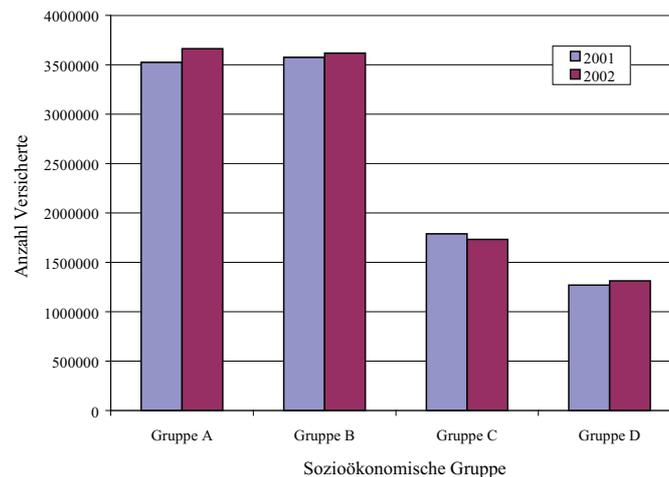
#### 6. Die öffentliche Krankenkasse FONASA

Die Versicherung der öffentlichen Krankenkasse FONASA basiert auf dem Solidarprinzip: Jede/r zahlt nach den eigenen Möglichkeiten und erhält entsprechend dem Bedarf. Die Solidargemeinschaft der Versicherten gleicht unterschiedlich verteilte Risiken aus und es findet eine Umverteilung von oberen zu unteren Einkommensgruppen statt. Mit dem Beitrag zahlenden Hauptversicherten sind automatisch alle in seinem Haushalt lebenden Angehörigen ohne eigenes Einkommen mitversichert, in erster Linie Ehepartner und Kinder. Jede/r Versicherte, dessen/deren Einkommen die obere Bemessungsgrenze nicht übersteigt, führt genau 7% davon an die Krankenkassen ab, es gibt keinen Mindestbeitrag und FONASA muss jede/n AntragstellerIn und somit jede noch so geringe Abgabe akzeptieren. Weder besteht für FONASA die Möglichkeit, bestimmte Risikogruppen auszuschließen, noch praktiziert die öffentliche Versicherung aktive Selektionsstrategien. Dabei ist jede/r vierte ChileIn – im Jahr 2002 immerhin 3,66 Millionen – sogar beitragsfrei über FONASA abgesichert und hat Anspruch auf kostenlose medizinische Behandlung sowohl in den kommunalen Einrichtungen der Grundversorgung als auch in den öffentlichen Kliniken. Allerdings besteht für sie weder Wahlfreiheit bei den AnbieterInnen noch Anspruch auf die Wahlleistungen, die für die BeitragszahlerInnen und ihre Angehörigen zur Verfügung stehen. Beitragszahlende FONASA-Mitglieder können nämlich neben öffentlichen Polikliniken und Krankenhäusern auch ausgewählte ambulante und stationäre VertragsanbieterInnen des Privatsektors aufsuchen, aber nur gegen hohe Eigenbeteiligungen.

Seit 1986 gibt es auch im öffentlichen Gesundheitswesen Zuzahlungen im Krankheitsfall. Im Unterschied zu den ISAPREs, wo die unteren

sozioökonomischen Schichten die höchsten Zuzahlungsbeträge schultern müssen, sind diese bei FONASA allerdings einkommensabhängig gestaffelt und durch eine Reihe von Befreiungen sozial abgedeckt. (Bitrán/Giedion 2003: 62). So müssen weder Mittellose (Gruppe A) noch Versicherte aus Haushalten mit einem Einkommen bis zur Höhe des gesetzlichen Mindestlohns (Gruppe B) bei Nutzung der öffentlichen Versorgungsstruktur etwas zuzahlen. Wer geringfügig über dem Mindestlohn liegt, trägt 10% (Gruppe C), besser Verdienende sogar 20% (Gruppe D) der Behandlungskosten. Das folgende Schaubild vermittelt einen Überblick über die Größenordnungen der vier Einkommensgruppen öffentlich Versicherter:

Abbildung 3: FONASA-Mitglieder nach Einkommen



Der hohe Anteil der Gruppen A und B verdeutlicht die negative Risiko-selektion und zeigt das Ausmaß der Konzentration von BezieherInnen niedriger Einkommen in der öffentlichen Krankenkasse. So verdienten 2001 zwei Drittel der FONASA-BeitragszahlerInnen weniger als 200 und gerade einer von zehn mehr als 400 US-\$ im Monat (Holst2001: 52f.). Die Versichertenstruktur hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, schließlich lagen 90% der eingegangenen Beiträge unter 30 und zwei Drittel unter 15 US-\$. Mit Pro-Kopf-Ausgaben von gut 250 US-\$ pro Jahr liegt FONASA denn auch mehr als 200 US-\$ unter den ISAPREs, die ihre Einnahmen zu über 80% über die Beiträge, zu fast 13% über Zuzahlungen und nur

zu etwa 2% über öffentliche Zuschüsse finanzieren. Dem gegenüber trugen bei FONASA im gleichen Jahr die Beitragseinnahmen nur rund zu einem Drittel und Zuzahlungen zu einem Achtel der Finanzierung bei, während nahezu die Hälfte des Budgets der öffentlichen Kasse aus Steuermitteln stammte (Titelman 2000: 17).

Der hohe Steueranteil im Budget von FONASA dient in erster Linie für der Versorgung mittelloser BürgerInnen. Damit gehört Chile heute zu den wenigen Entwicklungs- und Schwellenländern, die zumindest theoretisch eine universelle Absicherung der Bevölkerung gegenüber Erkrankungsrisiken bieten. Möglich macht dies die Kombination von Beitrags- und Steuerfinanzierung in der sozialen Krankenversicherung: FONASA verbindet ein Beitragssystem Bismarckscher Prägung mit der steuerfinanzierten Versorgung der Mittellosen entsprechend dem Beveridge-Modell. Alle formal Beschäftigten sowie Teile des informellen Sektors zahlen einkommensabhängige Beiträge für einen vergleichsweise breiten Versicherungsschutz. Und für die Versorgung der Mittellosen, die keine eigenen Beiträge aufbringen können, erhält die öffentliche Kasse Mittel aus Steuereinnahmen. Abgesehen von relativ hohen Zuzahlungen für die beitragszahlenden Mitglieder (Holst 2004a: 155ff.) gewährleisten beide solidarisch organisierten Teilsysteme zusammen eine progressive Finanzierung und eine wirksame Umverteilung bei der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung (Bitrán/Giedion 2003: 62). Vielfältige Befreiungs- und Ausnahmeregelungen im öffentlichen Gesundheitswesen schwächen die negativen sozialen Folgen und die Diskriminierung durch Zuzahlungen im Krankheitsfall ab.

Nicht nur als Beleg für das geringe Potenzial privater Finanzierungsansätze, sondern vor allem als möglicher und finanzierbarer Weg zur umfassenden Absicherung der Bevölkerung ist das Modell Chile für die entwicklungspolitische Diskussion von großer Bedeutung. Nach Jahren der Marktorientierung internationaler Organisationen und nationaler Regierungen wird heute der Ruf nach universellen und solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen laut. In den meisten Entwicklungs- und Schwellenländern bestehen zwar verschiedene Subsysteme, die vornehmlich Angehörigen des formalen Sektors und besser gestellten BürgerInnen bezahlbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten (Frenk/Londoño 1997; Bardroff et al. 2000: 383f.), zugleich sind aber große Bevölkerungsteile von jedweder sozialen Sicherung ausgeschlossen (OPS/SIDA 2003). Die Ausweitung von sozialen Sicherungssystemen auf die Armen, den informellen Sektor und auf die ländliche Bevölkerung steht zunehmend auf der internationalen entwicklungspolitischen Agenda (UN 2000; BMZ 2002).

## 7. *Zentrale Probleme des chilenischen Krankenversicherungssystems*

### 7.1 *Ausgeprägte Risiko- und Einkommensselektion*

Die marktradikalen Reformer der späten 70er und frühen 80er Jahre waren in erster Linie an der Eindämmung der adversen Selektion auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt interessiert, Risikoselektion und Rosinenpickerei schoben sie kaum einen Riegel vor. Zugleich schränken die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die engen Kaufkraftgrenzen des Schwellenlandes Chile das attraktive Marktsegment erheblich ein. Die Privatisierung in Chile hat bis heute nur die reicheren Schichten erfasst, während die öffentliche Hand bis heute für die Versorgung der unlukrativen Mehrheit in der chilenischen Eindrittelgesellschaft zuständig ist. Derzeit führt kaum mehr als eine/r von sechs ChilenInnen seine Krankenversicherungsbeiträge an eine Privatkasse ab (FONASA 2005; Superintendencia de Salud 2005). Dabei handelt es sich in erster Linie um Besserverdienende und Kinderlose: Zwei von fünf privat versicherten ChilenInnen verdienen mehr als 700 Euro und damit für chilenische Verhältnisse gut, jeder Fünfte gehört mit mehr als 1200 Euro im Monat zu den SpitzenverdienerInnen, und nur jede/r 30. ISAPRE-Versicherte gehört mit weniger als 200 Euro Einkommen zur Mehrheit der GeringverdienerInnen (Superintendencia de Salud 2005).

In der Praxis unterliegen Kassenwettbewerb und Wahlfreiheit im chilenischen Gesundheitswesen erheblichen Einschränkungen. So bietet der private Versicherungsmarkt für eine Durchschnittsfamilie erst ab einem monatlichen Einkommen von etwa 600 Euro überhaupt Verträge an, die mit der Pflichtabgabe finanzierbar sind (Holst 2004a: 197). Wer wie die meisten ChilenInnen nur zwei- oder dreihundert Euro im Monat verdient, müsste erheblich mehr als 7% für eine ISAPRE-Police aufbringen und zudem bei allen Behandlungen kräftig zuzahlen. FONASA kommt aber nicht nur für die gesundheitliche Versorgung der ärmsten und daher mit den höchsten Gesundheitsrisiken behafteten Bevölkerungsgruppen auf. Da sich die Privatpolicen mit fortschreitendem Lebensalter zunehmend verteuern und der Verbleib in einer ISAPRE für die meisten RentnerInnen nicht bezahlbar ist, wechseln sie zwangsläufig in die öffentliche Kasse, nachdem sie jahrelang Beiträge an eine ISAPRE abgeführt haben (Rodríguez/Tokman 2000: 11). Dieses Phänomen verstärkt den Finanzdruck im öffentlichen Teilsystem, dessen Risikomischung für hohe Ausgaben bei geringen Einnahmen sorgt. Ein Risikostrukturausgleich über alle Kassen und Kassenarten scheiterte Mitte 2004 am Widerstand der

konservativen, wirtschaftsnahen Opposition: Um wenigstens die »Plan AUGE« genannte Behandlungsgarantie für die wichtigsten Krankheiten durch den Senat zu bekommen, verzichtete die Regierungskoalition auf die Einrichtung eines Solidarfonds zu Gunsten der Kassen mit schlechterem Risikoprofil.

## 7.2 Nachhaltigkeitsprobleme

Solange die chilenische Volkswirtschaft boomte, expandierte die Privatversicherungsbranche ebenso rasant wie der private Markt für Gesundheitsleistungen. Doch die Auswirkungen der Asien- und später der Russlandkrise offenbarten eine grundlegende Schwäche des im In- und Ausland viel beachteten Modells. Das chilenische Krankenversicherungswesen erweist sich als stark konjunkturabhängig: In Wachstumsphasen nimmt die Zahl der privat Versicherten zu, Einkommenseinbußen in Krisenzeiten machen vielen ISAPRE-KundInnen die Fortsetzung der Beitragszahlungen unmöglich, sie landen unweigerlich im Auffangbecken der Solidarkasse.

Die jüngere Entwicklung auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt belegt eindrücklich die Anfälligkeit des chilenischen Modells in Zeiten ökonomischer Rezession. Aus Sicht des Marktes und der Marktwirtschaft mag das weder überraschen noch ein besonderes Problem darstellen, im Hinblick auf die sozialpolitische Funktion und insbesondere die Nachhaltigkeit gesellschaftliche Sicherungssysteme erscheint eine derartige Krisenabhängigkeit jedoch fragwürdig und bedenklich (Valenzuela 1998: 15). Schließlich sollte soziale Sicherung nicht nur effektiven Schutz gegenüber den Risiken des Individuums bieten, sondern auch die Folgen externer und in jedem Fall konjunktureller Unwägbarkeiten für den/die Einzelne/n abmildern.

In der allgemeinen Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems ist oftmals eine starke Unterbewertung der fortbestehenden und vor allem zunehmenden Bedeutung des öffentlichen Sektors zu beobachten. Trotz jahrelanger massiver Förderung und Expansion der privaten Versicherungswirtschaft versichert die öffentliche Krankenkasse FONASA heute zwei Drittel der ChilenInnen. Gleichzeitig unterhält die Sozialkasse das mit Abstand größte Anbieternetz für Gesundheitsleistungen und ist mit fast 80.000 Beschäftigten größter Arbeitgeber des Landes (Contreras et al. 1999: 26; Solimano/Vergara 1999: 8). Damit belegt Chile das geringe Potenzial privater Versicherungsstrukturen für die universelle soziale Absicherung der Bevölkerung gegen Krankheitsrisiken. Gleichzeitig gefährden sie zwei wesentliche Voraussetzungen

für Fairness und Gerechtigkeit in der Gesundheitsfinanzierung: ausgeglichene Risikomischung über alle gesellschaftlichen Gruppen und solidarische Finanzierung.

### *7.3 Steigerung der Gesundheitsausgaben*

Im Gegensatz zur verkündeten Zielsetzung haben die ISAPREs weder zur Kostendämpfung noch erkennbar zur Eindämmung der Ausgabenentwicklung beigetragen. Die allseits propagierten Einsparpotenziale durch privatwirtschaftliches Handeln haben sich als Wunschdenken erwiesen, viel mehr als Mengenrabatte bei bestimmten Leistungen oder Ansätze von vertikaler Integration hat die chilenische Versicherungswirtschaft nicht vorzuweisen. Wichtigstes Honorierungsprinzip im Privatsektor ist nach wie vor die Einzelleistungsvergütung, was erheblich zur Induktion und Selbstinduktion der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beiträgt (vgl. Liebig 2000: 17). Anstatt durch horizontale Verzahnung und/oder vertikale Integration mögliche Einsparpotenziale auszuloten und mit der Zahl medizinischer Dienstleistungen Kosten zu reduzieren, ist der private Gesundheitssektor zunehmend expandiert. Zu den unerwünschten Wirkungen der chilenischen Sozialversicherungsreform gehört auch das Problem der Nachfrageinduktion auf dem privaten Markt für medizinische Leistungen. Hinzu kommen extrem hohe Verwaltungskosten der ISAPREs, die auch in Zeiten großer Versichertenzahlen fast 20% und zuletzt immerhin noch über 13% ihrer Einnahmen für Werbung und Kontrollmaßnahmen ausgaben.

Gleichzeitig hat die Einführung des privaten Krankenversicherungsmarktes in Chile zu einer teilweise deutlichen Steigerung der individuellen Gesundheitsausgaben beigetragen, die sich in Form von »freiwilligen« Beitragssteigerungen und diversen Zuzahlungen direkt auf das Haushaltseinkommen auswirken. Die hohen, weit gehend unvorhersehbaren Zuzahlungen konterkarieren die formale Festlegung eines allen Versicherten zur Verfügung stehenden Leistungspaketes. Verschiedene Formen von Extraversicherungen gegen Zuzahlungen und die seit 2001 eingeführte Zusatzversicherung gegen schwere Erkrankungen erhöhen ebenfalls die Belastung der Haushalte durch Gesundheitsausgaben. Gemeinsam mit der staatlichen Vorgabe einkommensabhängiger Krankenkassenbeiträge hat dies die Entwicklung eines funktionierenden Wettbewerbs faktisch verhindert. Konkurrenz lassen die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf dem Assekuranzmarkt allein auf zwei Ebenen zu: Die ISAPREs können weiterführende, hochspezialisierte Leistungen in ihre Verträge aufnehmen, die in Chile fast nur Privatkliniken erbringen,

oder ihren KundInnen eine unterschiedliche finanzielle Deckung der medizinischen Leistungen bieten.

Im Unterschied zu den einkommensabhängig gestaffelten und durch Befreiungen sozial abgedeckten Eigenanteile im öffentlichen Gesundheitswesen sind die Zuzahlungen im Krankheitsfall bei den Privatversicherungen nicht bloß regressiv, sondern hyperregressiv: Je geringer das Einkommen, desto höher die Selbstbeteiligung. Der Eigenanteil an den Behandlungskosten erreicht für die unteren sozialen Gruppen leicht den Umfang von einem, zwei oder gar drei Monatslöhnen, während die Zuzahlungen für die oberen Gehaltsgruppen nur einen minimalen Teil des Einkommens ausmachen. Die privaten Krankenkassen gewähren folglich den Mitgliedern mit hoher Kaufkraft den besten Versicherungsschutz und setzen die unteren Mittelschichten hohen finanziellen Risiken aus.

#### 7.4 Soziale Verunsicherung durch ungewisse Risikoabdeckung

Zentrales Argument bei der Einführung von Krankenkassenwettbewerb ist üblicherweise der Zugewinn an Wahlfreiheit für die VerbraucherInnen. Vor dem Hintergrund schlechter Erfahrungen mit bürokratischen, unflexiblen, wenig kundenfreundlichen und qualitativ wenig überzeugenden öffentlichen Gesundheitssystemen ist der Nutzenzuwachs durch freie Kassen- und Behandlerwahl nicht zu unterschätzen (vgl. Liebig 2000: 16). Allerdings stellt nicht nur die effektive Beschränkung der Wahlfreiheit auf das besser gestellte Bevölkerungsdrittel die vorrangige Bedeutung in Frage, die ÖkonomInnen Auswahloptionen und Wahlmöglichkeiten zwischen konkurrierenden Produkten beimessen. Zum einen entlarvt die klare Beschneidung der freien Arzt- und Krankenhauswahl im Rahmen der Zusatzversicherung gegen schwere Erkrankungen bzw. im »Plan AUGE« dieses Argument als ideologisch geprägt, zum anderen liegen die Prioritäten der VerbraucherInnen bei anderen Qualitäten. Umfragen unter Versicherten zeigen nicht nur eine starke Verunsicherung der BürgerInnen in Bezug auf ihren Versicherungsschutz, sondern weisen auch auf die übergeordnete Bedeutung einer umfassenden Absicherung gegen Krankheitsrisiken hin.

In einer jüngeren Umfrage zur Einstellung der Bevölkerung zu den aktuellen Reformvorhaben der Regierung von Ricardo Lagos spricht sich die überwältigende Mehrheit der Befragten für Behandlungsgarantien innerhalb bestimmter Fristen (97%), Zuzahlungsbeschränkungen auf maximal 20% bei Subventionierung der Armen (94%) und die soziale Absicherung der ärmsten Bevölkerungsgruppen (93%) aus (Fundación Chile 21 2002: 3).

Tabelle 1: Befragung von 603 Versicherten der verschiedenen Teilsysteme: Was erscheint Ihnen am Krankenversicherungsschutz und an der Finanzierung Ihrer Gesundheitsausgaben wichtig?

Die Krankenkasse soll die Ausgaben für schwere Krankheiten und Krankenhausbehandlung decken.	48 %
Die Krankenkasse soll die Gesundheitsausgaben im Alter decken.	11 %
Die Krankenkasse soll die Kosten für Arztbesuche und Untersuchungen decken.	11 %
Die Krankenkasse soll die Kosten für Medikamente decken.	11 %
Die Zuzahlungen für Arztbesuche und Krankenhausbehandlungen sollen sinken.	7 %
Freie Arzt- und Krankenhauswahl	7 %
Die Krankenkassen sollen die Versicherungsverträge einhalten und die Rechte der Versicherten explizit bekannt geben	7 %

Quelle: *Fundación Salud y Futuro 1999*

### 7.5 Multiplizierung der Informationsasymmetrie

Funktionierender Wettbewerb setzt weit gehende Markttransparenz voraus. Bekanntermaßen weist der Gesundheitsmarkt aufgrund seiner Intransparenz grundsätzliche Unvollkommenheiten auf. Mit der Einführung der ISAPREs stellte sich eine Vervielfältigung der Informationsasymmetrien auf dem chilenischen Markt ein. Das klassische Wissensgefälle zwischen AnbieterIn und VerbraucherIn medizinischer Leistungen hielt im autoritären Chile unvermindert an, und ein Vorsprung von KostenträgerInnen gegenüber DienstleisterInnen in Bezug auf marktrelevantes Wissen ergänzte die Asymmetrie zwischen LeistungserbringerInnen und Versicherungen. Am nachhaltigsten verhindert das Informationsdefizit der VerbraucherInnen gegenüber den ISAPREs die für einen funktionierenden Markt erforderliche Transparenz. Die Angabe von Tarifen und Kostenübernahme in inflationsbereinigter Währungs- oder gar in versicherungsinterner Rechnungseinheit macht die Vertragskonditionen und insbesondere die vorgesehene Eigenbeteiligung kaum nachvollziehbar, zumal die Versicherten nicht über die Marktpreise medizinischer Leistungen informiert sind. Insgesamt herrscht unter den KundInnen der chilenischen Privatversicherungen eine auffällige Unwissenheit und Verunsicherung in Bezug auf ihre soziale Sicherung im Krankheitsfall (vgl. Bitrán/Almarza 1997: 43). Die enorme Zahl von Versicherungsverträgen und die Unüberschaubarkeit des Medizinmarktes verhindern die für einen funktionierenden Wettbewerb erforderliche Transparenz

(vgl. Valenzuela 1998: 14). Mehr Markt im Gesundheitswesen führt also keineswegs automatisch zu höherer Transparenz.

Korrespondenzadresse:

Jens Holst  
Heimstraße 3  
10965 Berlin  
jensholst@aol.com

### Anmerkungen

- 1 In Paragraph 19, Art. 9 heißt es unter anderem: »Jeder Bürger hat das Recht, das Gesundheitssystem zu wählen, dem er beitreten will, sei es dem staatlichen oder dem privaten.« (Grundgesetz der Republik Chile von 1980, Übersetzung durch den Autor)
- 2 Die UF (Unidad de Fomento) ist die übliche inflationsbereinigte Rechnungseinheit in Chile: Eine UF entsprach zu Jahresbeginn 2005 etwa 17300 chilenischen Pesos bzw. 23 €. Damit liegt die obere Beitragsbemessungsgrenze bei einem Monatsverdienst von knapp 1400 €, der Höchstbeitrag beläuft sich auf nahezu 100 € pro Monat.
- 3 Superintendencia de ISAPREs 1995.
- 4 Die Darstellung des privaten Krankenversicherungswesens in Chile beschränkt sich auf die »offenen ISAPREs«, die das Wesen des chilenischen Modells ausmachen. Daneben bestehen die so genannten geschlossenen ISAPREs, die allerdings gerade 4,7% (BeitragszahlerInnen) bzw. 5,6% (Versicherte) des privaten Krankenversicherungsmarktes ausmachen (Copetta 2003: 6). Diese Betriebskrankenkassen bieten in der Regel allen Versicherten einheitliche Vertragskonditionen bzw. Versicherungsverträge, arbeiten im Unterschied zu offenen Privatversicherungen nicht gewinnorientiert und stellen faktisch solidarisch organisierte Sozialversicherungen dar, in denen jede/r VersicherungsnehmerIn gleichen Schutz und Anspruch auf gleiche Leistungen besitzt (Wainer 1997: 18).
- 5 Die entsprechenden Faktoren mitversicherter Ehefrauen im gebärfähigen Alter sind in den meisten Verträgen anderthalb mal so hoch wie bei gleichaltrigen Männern und steigen nur in Einzelfällen auf weniger als das Dreifache (Holst 2001: 92).
- 6 Der »Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud« enthält alle Pflichtleistungen einschließlich der zugehörigen Tarifsätze.
- 7 In den Verträgen sind entweder der relative Anteil oder der Höchstbetrag der übernommenen Kosten aufgeführt, allerdings häufig unter Verwendung versicherungseigener Tarifsätze, deren genauer Wert nicht bekannt ist. Fast durchgehend bestehen drastische Deckungsbeschränkungen bei ambulanten Konsultationen oder fachärztlichen Behandlungen, Physiotherapie, Medikamenten (insbesondere Chemotherapeutika), Sehhilfen, Prothesen, häuslicher Krankenpflege und vor allem psychiatrischer Therapie.
- 8 Trotz der Armutsbekämpfungsprogramme und der deutlichen Reduktion der Armut von 40% auf gut 20% der Bevölkerung versorgte der öffentliche Gesundheitsdienst 2002 immerhin noch fast 6 Millionen ChilenInnen ohne jegliche Eigenbeteiligung (Gruppen A und B der FONASA-Mitglieder) (FONASA 2005).
- 9 60000 Beschäftigte im SNSS und rund 17000 Angestellte bei den kommunalen Gesundheitsposten.

*Literatur*

- Bardroff, M.; Hohmann, J.; Holst, J. (2000): Gesundheitssysteme Lateinamerikas: Probleme und Reformstrategien. Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften und Geschichte 26: 377-399
- Bitrán, R.; Almarza, F.X. (1997): Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL, No 56. Santiago: CEPAL
- Bitrán, R.; Giedion, U. (2003): Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Worldbank – Social Safety Net Primer Series. Washington ([http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf))
- Bitzberg, I. (2004): Social Security Systems in Latin America in the 20th Century and the Model of the European Welfare State. In: Kaelble, H.; Schmid, G. (Hg.): Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transatlantischen Sozialstaat. WZB-Jahrbuch 2004. Berlin: edition sigma, 141-166
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungshilfe (BMZ) (2002): Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern. Bonn
- Contreras, R.; Guzmán, M.; Vergara, M. (1998): Recursos Humanos en los Sectores Salud y Educación y Costo-Efectividad del Sistema. Lecciones de la Experiencia en Chile. Informe Preliminar. Santiago
- Copetta, C. (2003). Análisis de cartera Enero – Septiembre de 2003. Superintendencia de ISAPRES, Departamento de Estudios (<http://www.superintendenciadesalud.cl/common/asp/pagAtachadorVisualizador.asp?argCryptedData=GP1TkTXdHRJAS2Wp3v88hCj5CyTzlhsB&argModo=inline&argOrigen=BD&argFlagYaGrabados=&argArchivoId=2259>)
- FONASA (2001): Boletín Estadístico 1999-2000. Santiago
- FONASA (2005): Datos Estadísticos 1990-2002. Santiago ([http://www.fonasa.cl/estadisticas/static/Todas\\_new.xls](http://www.fonasa.cl/estadisticas/static/Todas_new.xls))
- Freiberg-Strauß, J. (2000): Eine neue Sozialpolitik in Lateinamerika? Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften und Geschichte 26: 307-328
- Frenk, J.; Londoño, J.-L. (1997): Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. Health Policy 41: 1-36
- Fundación Salud y Futuro (1999): Las Expectativas de los Afiliados respecto a su Sistema de Salud. Santiago.
- Fundación Chile 21 (2002): Opiniones sobre las Reformas de Lagos. Opiniones Públicas No 5, Santiago (<http://www.chile21.cl/medios/PDF/op5.pdf>)
- Hohmann, J.; Holst, J. (2002): Chile: Private Krankenversicherer schreiben rote Zahlen. In: Andersen; DEG; FAZ-Institut (Hg.): Chancen in Emerging Markets: Gesundheitswesen. Perspektiven für private Unternehmen. Frankfurt a.M., 139-144
- Holst, J. (2001): Krankenversicherung in Chile. Ein Modell für andere Länder? Lage: Verlag Hans Jacobs
- Holst, J. (2002): El Sistema de salud chileno: Problemas de equidad y selección intermedia de riesgos (Chilenisches Gesundheitssystem: Gerechtigkeitsprobleme und Intermediäre Risikoselektion). Abschlussbericht einer Vergleichsanalyse der beiden Hauptsäulen des Chilenischen Gesundheitswesens im Auftrag des Sektorprojekts »Entwicklung und Erprobung sozialer Krankenversicherungssysteme in Entwicklungsländern«. Eschborn, Bonn (<http://www2.gtz.de/health-insurance/>)

- download/estudio-chile-copagos-version-larga.pdf + <http://www2.gtz.de/health-insurance/download/estudio-copagos-chile-estadisticas.pdf>)
- Holst, J. (2004a): *Gesundheitswesen in Chile – Selektion und soziale Ausgrenzung*. Frankfurt a.M.: VAS-Verlag
- Holst, J. (2004b): *Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen*. Hintergrundpapier für die Technische Zusammenarbeit. Eschborn 2004 (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/eigenbeteiligung-gesundheitswesen.pdf>)
- Holst, J. (2005): *Equidad y selección de riesgos*. Serie Documentos de Trabajo, Nr. 1. Studienabteilung FONASA. Santiago
- Holst, J.; Laaser, U.; Hohmann, J. (2004): *Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity*. *Journal of Public Health* 12: 271-282
- Lagos, P. (2004): *El rol del seguro social en el sistema asegurador*. In: Holst, J. Wiebe, N. (Hg.): *Universalidad con solidaridad: Protección social y financiamiento de salud en América Latina*. Frankfurt a.M.: VAS-Verlag, 104-110
- Kifmann, M. (1998): *Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?* *Internationale Revue für soziale Sicherheit* 51: 153-169
- Labra, E. (2002): *La reivindicación neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud*. *Cuadernos de Saúde Pública* 18: 1041-1052
- Liebig, K. (2001): *Ongoing Reforms of Latin American Health Systems: Can Market-Oriented Reforms Help to Solve the Problems?* In: Sautter, H.; Schinke, R. (Hg.): *Social Justice in a Market Economy*. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag, 113-133
- Meller, P. (1983): *Una reflexión crítica en torno al modelo económico chileno*. Colección Estudios CIEPLAN Nr. 10, 126-127. Santiago
- Organización Panamericana de Salud (OPS); Swedish Internationale Development Agency (SIDA) (2003): *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie No. 1: *Extensión de la Protección Social en Salud*. Washington: OPS
- Panamerican Health Organisation (2002): *Health in the Americas*. 1998 Edition, Volume II. Chile: 163-180
- Reichard, S. (1996): *Ideology drives Health Care Reforms in Chile*. *Journal of Public Health Policy* 17: 80-98
- Rodríguez, J.; Tokman, M. (2000): *Resultados y rendimientos del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*. Serie *Financiamiento del Desarrollo* No 106. CEPAL, Santiago
- Solimano, G.; Vergara, M. (1999): *Salud en América Latina del siglo XXI: El caso chileno*. Beitrag auf dem Seminar »Salud y seguridad social en la América Latina del siglo XXI«. Mexiko, 11.-12.10.1999
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (1995): *Texto actualizado de la Ley No 18.933, de 1990, sobre Instituciones de Salud Previsional*. Santiago [Aktualisierter Text des Gesetzes Nr. 18.933 von 1990]
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP) (1999): *Boletín Estadístico Enero-Diciembre 1999*. [Statistischer Jahresbericht Januar-Dezember 1999]. Santiago
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP) (2001): *Boletín Estadístico Enero-Diciembre 2000*. [Statistischer Jahresbericht Januar-Dezember 2000]. Santiago
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP) (2003): *Análisis de cartera Enero – Diciembre de 2002*. Departamento de Estudios, Superintendencia

- de ISAPRES, Santiago ([http://www.superintendenciadesalud.cl/\\_temporal/151/r\\_p\\_s/Archivos%20web/Cartera/cartera%20dic%202002.pdf](http://www.superintendenciadesalud.cl/_temporal/151/r_p_s/Archivos%20web/Cartera/cartera%20dic%202002.pdf))
- Superintendencia de Salud (2005): ([http://www.superintendenciadesalud.cl/\\_temporal/474/r\\_p\\_s/Archivos%20web/Cartera/frame-cartera%202004.html](http://www.superintendenciadesalud.cl/_temporal/474/r_p_s/Archivos%20web/Cartera/frame-cartera%202004.html)), ([http://www.superintendenciadesalud.cl/\\_temporal/238/r\\_p\\_s/Pagina%20web/frame-cartera%202003.html](http://www.superintendenciadesalud.cl/_temporal/238/r_p_s/Pagina%20web/frame-cartera%202003.html))
- Titelman, D. (2000): Reformas al Financiamiento del Sistema de Salud en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL No 104. Santiago: CEPAL
- United Nations (2000): United Nations Millennium Declaration A/RES/55/2. New York (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>)
- Valenzuela, R. (1998): An Overview of the Private Health System in Chile. Superintendencia de ISAPRES. Santiago
- van de Ven, W. (2001): Some reflections on the Chilean health care. Report about some reflections on the Chilean health system. Part of the ECLAC/GTZ project on health care in Latin America. Rotterdam
- Wainer, U. (1997): Hacia una mayor Equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL, No 54, Santiago: CEPAL