

Ligia Giovanella, Hans-Ulrich Deppe, Marcelo Firpo de Souza Porto (in Zusammenarbeit mit Nadja Rakowitz)

Von Bismarck zu Beveridge: Erfolge und Widersprüche der Gesundheitspolitik in Brasilien

Seit dem Erfolg der linken Arbeiterpartei (*Partido dos Trabalhadores* – PT) bei den Präsidentschaftswahlen Ende 2002 ist Brasilien einiges in Bewegung geraten. Davon bleibt auch die gesundheitspolitische Debatte des Landes nicht unberührt. Als typisches semi-peripheres Land ist Brasilien geprägt von starken sozialen Ungleichheiten, die sich in Folge der neoliberalen Anpassungspolitik der letzten Jahre weiter verstärkt haben. Trotzdem wurde im Rahmen eines gesellschaftlichen Demokratisierungsprozesses nach dem Ende der Militärdiktatur in den 1980er Jahren unter ökonomisch schwierigen Bedingungen das Einheitliche Gesundheitssystem (*Sistema Único de Saúde* – SUS) als ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit uneingeschränktem universellem Zugang für alle Bürger eingeführt.

Der vorliegende Aufsatz gibt einen Überblick über die Gesundheitspolitik in Brasilien und stellt die aktuellen Probleme und Herausforderungen der Regierung von Präsident Luiz Inácio Lula da Silva zur Diskussion. Er stellt die Grundmerkmale des SUS dar und analysiert den Dezentralisierungsprozess im Gesundheitswesen in den 90er Jahren. Die Implementierung des SUS erweiterte zwar den Zugang zur Gesundheitsversorgung, aber es bleiben die Probleme der starken Ungleichheiten beim Angebot und der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Regionen, der ungenügenden Integration zwischen verschiedenen Versorgungsebenen, des Qualitätsmangels, der Fragmentierung des Gesundheitssystems und der Segmentierung der Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im nächsten Abschnitt ein besonderes Augenmerk auf das Familien-Gesundheitsprogramm (*Programa de Saúde da Família* – PSF) gerichtet, das zurzeit implementiert wird und das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen offenbart. Das Programm beabsichtigt die Nachfrage in einem neuen Versorgungsmodell besser zu organisieren: Vorsorge und Gesundheitsförderung haben einen höheren Stellenwert. Bestimmte Bevölkerungs- und Patientengruppen bekommen dabei vorrangigen Zugang zur Versorgung. Im letzten Abschnitt werden dann die Perspektiven und Dilemmata der neuen Regierung diskutiert.

1. Charakteristika und Implementation des Einheitlichen Gesundheitssystems – SUS

Die Gesundheitsversorgung lag in Brasilien seit den 30er Jahren in der Verantwortung der sozialen Rentenversicherung, die unter Präsident Getúlio Vargas im Rahmen eines autoritären Regimes entstanden war. In Anlehnung an das Bismarcksche Modell wurden Rentenkassen für die wichtigsten städtischen Berufe gegründet. Das Recht auf Alters- und Gesundheitsversorgung war aber streng auf den Kreis der versicherten Personen begrenzt: Mitglieder konnten ausschließlich Lohnarbeiter in diesen Berufen werden, die zugleich Zwangsmitglieder in den vom Staat autorisierten und kontrollierten Gewerkschaften waren. Erst allmählich schloss die Sozialversicherung weitere Beschäftigungsgruppen wie Bahn- und Hafentarbeiter, Einzelhandelsbeschäftigte, Industriearbeiter und Bankangestellte ein. Nach dem Militärputsch 1964 wurden in einem autoritären Zentralisationsprozess die Renteninstitute zu einem einzigen staatlichen Bundesrenteninstitut zusammengefasst. Mit dem Widerstand gegen die Militärdiktatur entstanden dann während der 70er Jahre neue politische Parteien, Gewerkschaftsorganisationen, Nachbarschaftsorganisationen in Elendsgebieten, Frauengruppen, Umweltorganisationen und Minderheiten-Gruppen von Indigenen und Schwarzen. Gleichzeitig entstand eine demokratische »Gesundheitsbewegung« (*movimento sanitário*) aus einer Vielfalt von Akteuren: Intellektuelle, Studenten, Bürgerbewegungen, die Demokratische Ärztebewegung, Nachbarschaftsvereine und Gewerkschaften. Dieser Prozess bahnte den Weg zu einem grundsätzlich anderen Modell.

1988 wurde in Brasilien eine neue Verfassung verabschiedet, die Gesundheit als Grundrecht festschrieb und den Staat verpflichtete, generellen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten. Seither gilt das Recht auf medizinische Behandlung als soziales Recht und öffentliche Aufgabe. Damit war die rechtliche Grundlage für den Aufbau des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS geschaffen, dessen Prinzipien universeller Zugang, Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Beteiligung der Bevölkerung, soziale Partizipation und die integrale wie integrierte Versorgung sind. Hinter der strukturellen Gesundheitsreform, die zur Gründung eines aus Steuermitteln finanzierten Versorgungssystems mit freiem Zugang für alle Bürger führte, steckte der Grundgedanke von sozialer Gleichberechtigung in einem Land, in dem bis dahin ein Großteil der Bevölkerung von jedem formalen Anspruch auf Versorgung über lohnabhängige Beiträge ausgeschlossen war. Die Reform sollte zur Überwindung der großen Versorgungsungerechtigkeiten zwischen den gesetzlich

Krankenversicherten und der armen Bevölkerung beitragen. Überwunden werden sollten auch die Ungleichheiten zwischen städtischen und landwirtschaftlichen Arbeitern, denn letztere hatten immer noch geringere gesetzliche Ansprüche. Nachdem die Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung und des Gesundheitsministeriums schrittweise zusammengeführt wurden, standen Anfang der 90er Jahre schließlich sämtliche Gesundheitseinrichtungen des Bundesrenteninstituts und von der öffentlichen Hand unter Vertrag genommene privaten Krankenhäuser der gesamten Bevölkerung offen.

Die nächsten Schritte waren a) eine stärkere Beteiligung der Bevölkerung, b) die Organisation des Systems im Dienste einer integralen und integrierten Versorgung, die noch im Aufbau ist, und c) die Dezentralisierung der Versorgung:

a) Das Prinzip der *sozialen Partizipation* schlägt sich in der Bildung von Gesundheitsräten auf den verschiedenen Verwaltungsebenen (Kommune, Bundesland, Bund) nieder, die sich paritätisch aus Nutzern (Vertreter von Bürgerbewegungen und Patientengruppen, die auf den Gesundheitskonferenzen gewählt werden) und Leistungsträgern zusammensetzen. Heute gibt es in den meisten der 5 561 Kommunen Gesundheitsräte. Alle zwei Jahre finden auf allen drei Regierungsebenen zur Evaluierung und Beratung der Gesundheitspolitik so genannte Gesundheitskonferenzen statt.

b) *Integrale Versorgung* meint, die Patienten in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit zu betrachten und einen umfassenden Leistungskatalog mit Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten. Die Gesundheitsförderung soll Vorrang haben, und kollektive bzw. Public-Health-Strategien müssen mit individuellen Maßnahmen im Einklang stehen. Es besteht kein detaillierter Leistungskatalog. Das Angebot umfasst alle präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie alle Versorgungsebenen der ambulanten und stationären Versorgung: von Impfungen bis zu Organtransplantationen.¹

c) *Dezentralisierung* bedeutet die Einbeziehung der Kommunen und Bundesländer² in die Gesundheitsversorgung. Inzwischen sind 99 % der Kommunen in das SUS einbezogen. Jede Regierungsebene hat eine entsprechende Gesundheitsbehörde, die für die Organisation des Gesundheitswesens auf ihrem Territorium verantwortlich ist, und verfügt über ein eigenes Gesundheitsbudget. Diese Umstrukturierung des Gesundheitswesens hat zu wichtigen Änderungen in der politischen Machtverteilung und Verantwortlichkeit zwischen den verschiedenen Regierungsebenen geführt, denn sie übertrug Kompetenzen und Entscheidungsverantwortung auf die unteren Ebenen der Föderation (vgl. Araújo 1997).

Die Gesundheitsbewegung verfolgte die Strategie einer Verlagerung der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung auf die kommunale Ebene, um diese damit dem starken Einfluss der politisch überwiegend konservativen Gouverneure in den einzelnen Bundesländern zu entziehen. Dabei ging man davon aus, dass die Verwaltung auf lokaler Ebene einen größeren Einfluss der Nutzer und eine Demokratisierung des Systems möglich macht. Die Kompetenzbeschneidung auf Bundesländerebene brachte jedoch Probleme mit sich: insbesondere die Fragmentierung in verschiedene kleine kommunale Gesundheitssysteme und deren unzureichende Integration (Costa, Silva & Ribeiro 1999). Heute gibt es praktisch einen flächendeckenden Basisgesundheitsdienst mit Gesundheitsposten und -zentren, die zum größten Teil Eigentum der Kommunen sind. Neben Präventionsmaßnahmen haben die Bürger dort Zugang zu kinderärztlicher, gynäkologischer und allgemeinmedizinischer Behandlung. 586 größere Städte sind in der sogenannten zweiten Management-Stufe und verwalten sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor. Sie bieten ihren Einwohnern auch komplexere medizinische Leistungen, wofür sie entsprechende Transfers vom Bund erhalten.

Für die Finanzierung des SUS sind die drei Verwaltungsebenen zuständig. Heutzutage sind die meisten Steuern Bundessteuern, die dann vom Bund an die Bundesländer und Kommunen verteilt werden. Gut die Hälfte der gesamten Steuereinnahmen (58%) bleibt beim Bund, 25% erhalten die Länder und 16% gehen an die Kommunen. Zurzeit entfallen 54% der Ausgaben des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS auf den Bund, 19% auf die Bundesländer und 28% auf die Kommunen, was eine Überlastung der kommunalen Ebene bedeutet. (Costa et al. 2001; Piola/Biasoto 2001: 229)

Bis Mitte der 90er Jahre richtete sich die Höhe der Überweisungen nach den erbrachten Leistungen. Dies führte zu erheblichen Ungleichheiten in der Ressourcenallokation, so dass in der Folgezeit für jedes Bundesland eine allmähliche Anpassung der Budgets nach unterschiedlichen Leistungsbereichen stattfand. Heute richtet sich die Überweisung der Mittel für die Grundversorgung nach der Einwohnerzahl und erfolgt auf der Grundlage einer jährlich festgelegten kleinen Kopfpauschale. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Brasilien sind vergleichsweise niedrig. Im Jahr 2002 machen die SUS-Ausgaben etwa 3,2% des Bruttoinlandsprodukts aus (Piola & Biasoto 2001); damit liegen die Pro-Kopf-Ausgaben des SUS unter 100 US-\$ (bzw. 260 Real von 2002).

Die ambulante Versorgung in Brasilien ist durch eine heterogene Angebotsstruktur gekennzeichnet. Das SUS bietet Gesundheitszentren und Polikliniken an, die überwiegend (zu 76%) in öffentlichem und zu

96% im Besitz der Kommune sind.³ In diesen Einrichtungen sind Ärzte und Beschäftigte anderer Gesundheitsberufe Angestellte des öffentlichen Dienstes. Die Kommunen schufen neue Leistungserbringer, was in den letzten zehn Jahren zu einer deutlichen Ausweitung des öffentlichen Angebots geführt hat. Die Anzahl der öffentlichen ambulanten Versorgungseinrichtungen stieg um 40%: mehr als zehntausend neue Gesundheitszentren wurden eröffnet, so dass sich ihre Zahl von 24 960 im Jahr 1992 auf 35 086 im Jahr 2002 erhöhte. Das führte insbesondere in den kleinen Städten und ländlichen Gemeinden zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs zur Grundversorgung.

Das SUS-Angebot im stationären Sektor setzt sich aus öffentlichen wie aus privaten Krankenhäusern zusammen, wobei das Angebot im stationären Bereich im Unterschied zum ambulanten Sektor überwiegend privat ist. 65% der 7 400 Krankenhäuser und 70% der 485 000 Klinikbetten waren 2002 unter privater Leitung. Die Gesundheitsbehörden schließen Verträge mit Privatkliniken ihrer Region. Insgesamt sind rund 80% aller Krankenhäuser in Brasilien am SUS beteiligt. Ähnlich wie in Deutschland fand auch in Brasilien in den letzten Jahrzehnten ein allgemeiner Bettenabbau statt, der allerdings unterschiedliche Auswirkungen auf das private und das staatliche Krankenhausangebot hatte. Die private Bettenzahl sank, während die Anzahl der Betten in kommunalen Krankenhäusern um 22% – als Konsequenz der fortschreitenden Dezentralisation – stieg (MS/DATASUS/AMS 2002). Die wachsende Zahl kleinerer Krankenhäuser im öffentlichen Sektor verbessert zwar den Zugang vor allem in ländlichen Gebieten, aber dieser nicht koordinierte Ausbau des stationären Versorgungsnetzes führt bisweilen aufgrund ungenügender Kooperation zwischen den verschiedenen Kommunen zu einer Atomisierung des Systems und zu Doppelungen des Angebots.

Bis jetzt gibt es kein gut organisiertes Gatekeeper-System im SUS, aber es ist geplant, dass die Einrichtungen der Grundversorgung (Gesundheitsposten und -zentren) das Eingangstor zum Gesundheitssystem sein sollen. Einige Städte organisieren ihre Gesundheitseinrichtungen inzwischen in einem integrierten Netz: für Facharztbesuche in einer Poliklinik ist die Überweisung eines Arztes der Grundversorgung erforderlich. Zur Verzahnung der Grund- und Facharztversorgung entstanden Überweisungszentralen, die den Einrichtungen der Grundversorgung für die Vereinbarung von Facharztterminen zur Verfügung stehen. Aber in den meisten Städten sind die Patienten nach wie vor gezwungen, selbst eine Poliklinik zu suchen und sich um einen Termin zu kümmern. Dazu müssen die Bürger früh aufstehen, sich auf lange Wartezeiten einrichten und es oftmals mehrfach versuchen, um überhaupt einen Termin zu bekommen.

Eine direkte Aufnahme in ein Krankenhaus gestattet das SUS nur in Notfällen. Für sonstige stationäre und insbesondere Elektivaufnahmen, beispielsweise für eine planbare chirurgische Operation, ist in aller Regel eine fachärztliche Überweisung und eine vorherige Bewilligung durch die Gesundheitsbehörde notwendig. In der Praxis nutzen aber viele Patienten den Krankenhausnotdienst für ambulante Behandlungen.

Die Ärzte in privaten Krankenhäusern arbeiten als Teilzeitangestellte oder Belegärzte, ihre Bezahlung hängt von der erbrachten Leistung ab. In der Regel hat ein Arzt in Brasilien mehrere Arbeitsstellen. Seit Mitte der 80er Jahre, also noch in Zeiten des Renteninstituts, bestand im öffentlichen Krankenhaussektor ein prospektives Vergütungssystem, in dem die Abrechnung nach Fallpauschalen und diagnosebezogenen Gruppen (DRG) erfolgte. Dieses Honorierungsmodell führte zur Spezialisierung einiger privater Krankenhäuser auf Behandlungen mit höheren Fallpauschalen und zur Schließung von weniger lukrativen, medizinisch aber nicht weniger notwendigen Abteilungen. In den letzten Jahren haben mehrere Privatkrankenhäuser im Süden und Südosten die Verträge mit dem SUS gekündigt. Sie behandeln seitdem ausschließlich Privatpatienten.⁴

Im stationären Sektor des SUS wird zwischen Finanzierung und Leistungserbringung getrennt, aber die Trennung bringt – entgegen der Versprechungen der marktorientierten Gesundheitsreformer – weder mehr Effizienz noch bessere Kontrolle über den Leistungsträger. In vielen Gemeinden besitzt das einzige private Krankenhaus am Ort das Versorgungsmonopol, und das erschwert es den lokalen Regierungen, Angebot und Leistungen ausreichend zu regulieren.

2. *Familien-Gesundheitsprogramm: Entstehung eines integralen Versorgungsmodells?*

Im Rahmen der Grundversorgung legt die neue Regierung besonderes Gewicht auf das so genannte Familien-Gesundheitsprogramm (*Programa de Saúde da Família* – PSF), einem »community oriented primary care«- und Public Health-Konzept, das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen einläutete. Mit der Einrichtung des PSF Mitte der 90er Jahre waren – gefördert durch Anreize vom Bundesministerium für Gesundheit – Änderungen im Versorgungsmodell der Grundversorgung beabsichtigt. Das PSF sieht ein neues Versorgungsmodell mit einem so genannten strukturierten Nachfrageverhalten zur besseren Organisation der Nachfrage vor. Es soll bestimmten Bevölkerungs- und Patientengruppen in der Versorgung Vorrang einräumen, sowie die Prävention stärken.

Das Familien-Gesundheitsprogramm verfolgt das Ziel, das Gesundheitssystem auch für die ärmsten Bevölkerungsteile zu öffnen. Es umfasste einen beschränkten Leistungskatalog und zielte zunächst nur auf die extrem arme Bevölkerung. Außerdem wurde es parallel zur bereits bestehenden Grundversorgung ohne Integration mit anderen Versorgungsebenen implementiert. Ende der 90er Jahre wurde das Familien-Gesundheitsprogramm (PSF) jedoch vom Bundesgesundheitsministerium als eine Strategie in Betracht gezogen, die das traditionelle Versorgungsmodell der *gesamten* Grundversorgung verändern sollte, hin zur Definition des Familien-Gesundheitsteams und ihrem Allgemeinarzt als »Gatekeeper« zum Gesundheitssystem, und um die Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention bestimmter chronischer Krankheiten zu verstärken. Das Familien-Gesundheitsprogramm verkörperte ein neues Versorgungsmodell, das die traditionelle Grundversorgung ersetzen und den Aufbau eines integrierten Gesundheitssystems ordnen soll.

Es entstehen eigene PSF-Teams, die für jeweils rund 900 Familien in einem Stadtteil verantwortlich sein sollen. Diese Gesundheitsteams setzen sich zusammen aus einem Arzt (Vollzeit, 40 Stunden pro Woche), einer Krankenschwester, einem Zahnarzt, zwei Krankenpflegehelfern und fünf Gesundheitsarbeitern aus der Gemeinde. Der Arzt soll Hausarzt (Allgemeinmediziner) sein und die ganze Familie behandeln. Dieses Gesundheitsteam soll verantwortlich sein für die Gesundheit der Einwohner seines Territoriums und aktiv in der Gesundheitsförderung arbeiten. Dazu wird eine Übersicht über besondere Gesundheits- und soziale Probleme jedes Stadtviertels erstellt, wobei das Team mit anderen Institutionen des öffentlichen Dienstes wie Schulen, Wasserwerken, Müllabfuhr, öffentlichem Nahverkehr, Bauamt und anderen zusammenarbeitet. Die Gesundheitsarbeiter, die auch in dem Stadtviertel leben müssen, in dem sie arbeiten, sollen kollektive Public-Health-Arbeiter für das Viertel sein. Sie besuchen jede Familie einmal pro Monat, klären über präventive Maßnahmen auf, wiegen die Kinder, kontrollieren die Impfungen, begleiten die Schwangeren, Diabetiker sowie Bluthochdruckpatienten und sollen Patientengruppen organisieren (MS 2001).

Das PSF-Gesundheitsteam soll als *gatekeeper* oder Lotse den Zugang zum Gesundheitssystem lenken und die Nutzer hindurch leiten. Ziel ist die bessere Verzahnung der Grundversorgung mit den komplexeren Versorgungsebenen – also mit Fachärzten, Krankenhäusern und hoch spezialisierten Einrichtungen – durch ein festgelegtes Überweisungssystem.

Indessen wird das Versorgungsmodell des Familien-Gesundheitsprogramms (PSF) auch kritisiert. Einige Autoren (Franco & Mehry

1999) argumentieren, dass das Konzept des Programms stark geprägt sei von ökonomischen Rationalitätsaspekten und die obersten Ziele seien Rationierung und Kostensenkung. Das PSF sei wenig geeignet, um auf die Gesundheitsbedürfnisse jedes Einzelnen reagieren zu können und das übernommene Modell wird wegen der fehlenden Integration zwischen kollektiven Maßnahmen und individueller Gesundheitsversorgung in Frage gestellt. Die *Public Health* Perspektive des Programms, die nur einige Gruppen von Krankheiten als vorrangig zu behandelnde definiert und auf die anderen Behandlungen in Sofort- und Notfällen durch das Familiengesundheitsteam verzichtet, bedeute laut dieser Autoren, dass das Familiengesundheitsteam sich der Verantwortung der individuellen Gesundheitsversorgung entzieht (Franco & Mehry, 1999: 20-22). Die Autoren kritisieren auch die Zwangshausbesuche, die ohne Aufforderung der Bewohner durchgeführt werden, und die Mystifizierung und die Überforderung des Allgemeinarztes, dem Aufgaben übertragen werden, die über seine gewöhnliche Kompetenz hinausgehen. Auch die Teilnehmer der 11. Nationalkonferenz für Gesundheit 1999 haben Kritik gegenüber dem Familien-Gesundheitsprogramm geäußert (vgl. MS 2000). Sie zeigten sich besorgt im Hinblick auf das Risiko, dass sich das Familien-Gesundheitsprogramm über die bereits bestehende Grundversorgung hinwegsetzen und ein paralleles Programm entstehen könnte. Sie kritisierten auch vehement die prekären Beschäftigungsverhältnisse der Mitarbeiter der Familien-Gesundheitsteams.

Diese wichtigen Probleme werden im Folgenden an den Forschungsergebnissen empirischer Studien erläutert (Escorel et al., 2002). Sie zeigen eine starke Heterogenität der Durchsetzung in den verschiedenen Regionen des Landes und in kleinen und großen Kommunen. In kleinen Gemeinden, die noch nicht über ein gefestigtes Gesundheitsversorgungsnetz verfügen, stößt die Implementation des Familien-Gesundheitsprogramms auf geringere Schwierigkeiten, denn zum Teil bietet die lokale Gemeindeverwaltung zum ersten Mal überhaupt Gesundheitsversorgung an (Escorel et al., 2002). Dennoch gibt es schwerwiegende Probleme in drei wichtigen Bereichen: i) die Implementation eines neuen Versorgungsmodells, das Gesundheitsförderung und Prävention priorisiert, ii) prekäre Beschäftigungsverhältnisse und wenig qualifiziertes Personal, iii) Qualität der Versorgung und Gewährleistung von komplexeren Leistungen.

Die Schwierigkeiten, die in kleinen und mittelgroßen Kommunen festgestellt wurden, nehmen potenziell in den Großstädten und Metropolen zu. Eine Studie über die Implementation des Familien-Gesundheitsprogramms, die in zehn Großstädten durchgeführt wurde, verdeutlichte

außer den zuvor erwähnten Problemen noch folgende: unterschiedliche Konzeptionen des implementierten Modells, das Familien-Gesundheitsteam erfüllt selten die Funktion des »Gatekeepers«, ungenügende Verzahnung des Familien-Gesundheitsprogramms mit dem Versorgungsnetz und schwieriger Zugang zu den komplexeren Ebenen der Gesundheitsversorgung (Escorel et al., 2002). Ein weiteres wichtiges Problem bei der Implementation des Familien-Gesundheitsprogramms ist die Aufnahme der Allgemeinärzte in die Teams, denn es gibt nicht genügend Allgemeinmediziner und die medizinische Ausbildung in Brasilien richtet sich nicht auf die Hausarztstätigkeit aus, sondern auf die jeweiligen Fachgebiete.

Nicht überall wurde das Versorgungsmodell, das vom Gesundheitsministerium empfohlen wird, durchgesetzt. In manchen Kommunen wurde die Familiengesundheit als eine Strategie implementiert, die darauf abzielt, das Versorgungsmodell in der Grundversorgung zu ändern und die bereits bestehenden Grundversorgungseinrichtungen durch Familiengesundheitszentren zu ersetzen. In diesen Städten wurden gleichzeitig auch neue Gesundheitseinrichtungen geschaffen und damit die Grundversorgung auf Stadtviertel ohne vorherige Versorgung ausgedehnt. Andere Kommunen, die nur daran interessiert waren, Bundesförderung zu erhalten, implementierten jedoch das Familien-Gesundheitsprogramm parallel zur bereits bestehenden Gesundheitsversorgung und offerieren Minimalleistungen, womit eine Verdoppelung der Dienste, Verschwendung von Ressourcen und keine Integration mit dem übrigen Versorgungsnetz entstand.

In vielen Kommunen arbeiten die Familien-Gesundheitsteams in Mini-gesundheitsposten in angemieteten Gebäuden. Dabei ist häufig nicht genügend Platz vorhanden, um einige der empfohlenen Maßnahmen auszuführen, oder das Team muss aufgrund von Mangel an Behandlungsraum aufgeteilt werden in Innen- und Außendienst. In den Fällen, wo die neuen Familien-Gesundheitsteams die Gesundheitsarbeiter der bereits bestehenden Gesundheitszentren ersetzen, findet man eine bessere physische, materielle und administrative Infrastruktur vor und eine problemlosere Einrichtung der Familien-Gesundheitsteams als *first contact service*.

Ein weiteres Problem ist, dass die Familien-Gesundheitsteams nur selten die Funktion des »Gatekeepers« erfüllen und die Grund-, Fach- und Krankenhausversorgung nicht integriert sind. Die Familien-Gesundheitsdienste sind generell zugänglich und bei den registrierten Familien bekannt. Um den Familien-Gesundheitsdienst als »Gatekeeper« des Gesundheitssystems bewerten zu können, wurde untersucht, ob die

Familien-Gesundheitsteams der *first contact service* für die registrierte Bevölkerung sind. Der erste konstruierte Indikator war der Anteil der Familien, die *generell* die Familien-Gesundheitsteams aufsuchen, wenn sie ein Gesundheitsbedürfnis haben (Escorel et al., 2002: 111). In vier von zehn Großstädten, die untersucht wurden, gaben die Hälfte oder mehr der Familien die Auskunft, dass sie generell die Teams für eine Behandlung oder Beratung zuerst aufsuchten. Diese Raten waren in den Kommunen, in denen das Familien-Gesundheitsprogramm als paralleles Programm entworfen und implementiert wurde, bedeutend niedriger. In diesen Städten stellen die Teams gemäß dieses Kriteriums keine »Gate-keeper« dar.

Der zweite Indikator bezog sich auf den Anteil an Familien, die in einem Krankheitsfall, der 30 Tage vor der Befragung aufgetreten war, die Familien-Gesundheitseinrichtungen aufsuchte. In allen Kommunen ergaben sich für diesen Indikator kleinere Anteile. In nur drei von zehn untersuchten Städten besuchten 40% oder mehr der befragten Familien als erstes einen Familien-Gesundheitsdienst bei einem kürzlich aufgetretenen Krankheitsfall. In den anderen Städten suchten nur ein Fünftel oder weniger der Befragten die Familien-Gesundheitsteams auf. Obwohl der größte Teil der 30 Tage vor der Befragung aufgetretenen Krankheitsfälle nicht schwerwiegend war, suchten ungefähr 40% der befragten Familien Notfalldienste auf.

Zusammenfassend zeigen diese Forschungsergebnisse, dass nicht von einem einheitlichen Familien-Gesundheitsprogramm gesprochen werden kann. Teilweise wurde das Programm parallel zum Versorgungsnetz eingerichtet und es entspricht, was die Fokussierung und Selektivität betrifft, den Vorschlägen der Weltbank: es bietet Minimalleistungen, die nur auf der Gesundheitsförderung beruhen und auf individuelle Versorgung verzichten (siehe Abschnitt 4). In anderen Städten löste das Familien-Gesundheitsprogramm, das als Strategie zur Änderung des Versorgungsmodells übernommen wurde, eine Neuorganisation des Versorgungssystems aus. In diesen Städten wurde die Grundversorgung und die Fach- und Krankenhausversorgung durch die Schaffung eines Referenzsystems mit Zentralen zur Terminvereinbarung für Überweisungen an Spezialisten und die Einrichtung von Polikliniken integriert (Escorel et al. 2002: 81).

Bis 2003 ist das Programm in den meisten aller Gemeinden verbreitet und teilweise implementiert. Es gibt 17 610 solcher Teams, die für circa 55 Millionen Bürger da sind. Die neue Bundesregierung will das Familien-Gesundheitsprogramm in den vier Jahren bis zum Ende ihrer Amtsperiode 2007 so weit ausbauen, dass die Versorgung von 100 Millionen

Einwohnern gewährleistet ist. Dafür wurde mit Finanzierung der *Weltbank* ein Projekt zum Anreiz der Ausweitung des Familien-Gesundheitsprogramms in den großen Städten durchgesetzt und die finanziellen Anreize des Bundes für die Kommunen erhöht. Es bleibt abzuwarten, ob sich das Familien-Gesundheitsprogramm tatsächlich mit den komplexeren Versorgungsniveaus verzahnen lässt und verbesserten Zugang zu allen erforderlichen medizinischen Behandlungen gewährleisten kann, oder ob es bloß einen reduzierten Leistungskatalog für arme Leute bietet, sozusagen eine Medizin zweiter oder dritter Klasse. Dann hätten jene Kritiker Recht, die dem PSF vorwerfen, es würden nur die Vorschläge von der *Weltbank* übernommen.

Diese bestehen aus zwei gegensätzlichen Strategien: Zum einen sollen die potenziell lukrativen Gesundheitsdienstleistungen und deren Finanzierung dem privaten Sektor überlassen werden, zum anderen soll sich die unmittelbare Staatstätigkeit auf ausgewählte kostengünstige Programme konzentrieren, die nur noch für gezielt ausgewählte Bevölkerungsgruppen da sind, die an oder unter der Armutsgrenze leben. Gemäß dieses Konzepts muss dann der medizinische Leistungskatalog in »notwendige« und »Ermessensleistungen« aufgeteilt werden. Letztere sind für die *Weltbank* Privatangelegenheit und sollen auf dem Markt als Ware ver- und gekauft werden. Dies verlangt allerdings spezifische staatliche Interventionen zur Schaffung von Finanzierungsinstrumenten, um die Kaufkraft der Abnehmer zu garantieren, also eine effektive Nachfrage und einen stabilen Markt herzustellen. Um dies zu gewährleisten sollen gemäß des Vorschlags der *Weltbank* private Versicherungsgesellschaften zusammen mit privaten Gesundheitsdienstleistern prominente Akteure in der Gesundheitsversorgung werden (Laurell & Arellano 2000). Entsprechend wird den Regierungen auferlegt, zum einen eine Versicherungspflicht einzuführen und zum anderen alle politischen Eingriffe in den Lebensmittelmarkt – außer im Falle einer akuten Hungersnot – zu unterbinden, denn dies störe die Marktkräfte. Die medizinische Versorgung wird hier also entdeckt für die Kapitalakkumulation. Sie ist Teil einer Tendenz der Kommodifizierung des Öffentlichen Dienstes bzw. der Sozialleistungen, die den Wohlfahrtsstaat auf der ganzen Welt angreift. Dabei handelt es sich bei den Sozialleistungen, vor allem in der Gesundheitsversorgung, um ein wichtiges ökonomisches Terrain im Umfang von Milliarden US\$, die nicht von der Öffentlichen Hand kontrolliert werden sollen, sondern von privaten profitorientierten Unternehmen. Damit steht der Vorschlag der *Weltbank* aber in einem diametralen Gegensatz zum Konzept des PSF und des steuerfinanzierten Einheitlichen Gesundheitssystems – SUS.

3. Probleme, Herausforderungen und Perspektiven der aktuellen Regierung

Seit der Einführung des SUS in den 90er Jahren haben benachteiligte gesellschaftliche Gruppen einen leichteren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Gleichzeitig brachte das SUS neue gesellschaftliche Instanzen auf den Plan und stärkte deren Position. Da die Implementierung aber unter politisch und ökonomisch ungünstigen Bedingungen stattfand, war die Ausweitung des Mitgliederkreises nicht ausreichend finanziert, so dass gravierende Probleme beim Leistungsangebot und der Qualität bestehen blieben. Zurzeit sind 22% der Einwohner Brasiliens privat versichert – trotz des formell universellen Zugangs zum SUS.

Im Jahrzehnt neoliberaler Reformen hatten das Stabilitätsprogramm sowie die vom *Internationalen Währungsfonds* (IWF) und der *Weltbank* verlangte Politik der »strukturellen Anpassung« an die globalisierte Weltwirtschaft absoluten Vorrang in der Regierungspolitik. Die neoliberal orientierten Bundesregierungen in Brasília befolgten mehr oder weniger die festgeschriebenen Vorgaben, die von den internationalen Finanz-Institutionen und damit von den zentralen kapitalistischen Ländern auferlegt wurden. Dazu gehörten der Abbau der Handelsschranken und die finanzielle Öffnung des Landes, eine monetaristische Geld- sowie eine Hochzinspolitik als Anreiz für ausländisches Kapital, die Privatisierung staatlicher Betriebe und Einrichtungen sowie öffentlicher Dienste wie Telekommunikation und Energieversorgung. Der Staat zog sich immer mehr aus bestimmten Bereichen zurück und reduzierte die öffentlichen Ausgaben vor allem im Sozial- und Gesundheitswesen. In Folge der Hochzinspolitik sind die Schulden der öffentlichen Hand stark gestiegen, und die angefallenen Zinszahlungen haben die Einnahmen aus der Privatisierung staatlicher Betriebe aufgefressen.

Zwar erfolgte Ende der 80er Jahre eine starke Erhöhung des Gesundheitsbudgets, doch in der ersten Hälfte der 90er Jahre gingen die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit im Zuge der Strukturanpassungspolitik wieder zurück. Erst ab 1995 begannen sie, langsam wieder zu steigen, haben aber das Niveau von 1988 noch nicht wieder erreicht. Dieser Anpassungspolitik zum Trotz konnte sich das SUS in Brasilien unter den unterschiedlichen Regierungen weiter entwickeln, allerdings mit Rückschlägen bzw. in wechselnder Geschwindigkeit. Da das Gesundheitswesen heute wesentlicher Bestandteil der kommunalen Aufgaben ist, hängt es von den kommunalen politischen Verhältnissen ab, ob die Kommune – trotz knapper Mittel – Initiative zeigt, indem sie z.B. die Versorgung in den armen Stadtvierteln ausbaut, stärker in den Gesundheitssektor

investiert, das Gesundheitswesen besser organisiert und sich bemüht, bedürftigen Menschen den Zugang zu allen Ebenen der Versorgung, zu Fachärzten und kostenintensiven Untersuchungen zu ermöglichen.

Es bestehen weiterhin große Probleme und Herausforderungen für die neue Regierung: knappe Ressourcen, starke Ungleichheiten des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in verschiedenen Regionen, ungenügende Verzahnung zwischen Grund-, Facharzt- und Krankenhausversorgung mit Zugangsbarrieren bei der Sekundärversorgung, Qualitätsmängel, geringe Kooperation zwischen den Kommunen und noch unzureichende Betonung von Vorsorge und Gesundheitsförderung im Sinn verstärkter intersektorieller Zusammenarbeit der verschiedenen öffentlichen Verwaltungsbereiche. Lulas Amtsantritt 2003 bedeutet in diesem Zusammenhang einen wichtigen Machtwechsel im Gesundheitssektor. Heute bilden Mitglieder der Gesundheitsbewegung der 80er Jahre das Kabinett des Bundesgesundheitsministeriums, die die Durchsetzung der verfassungsmäßigen Prinzipien des SUS und den Vorrang einer besseren Gesundheitsversorgung weiter vorantreiben. Die Prioritäten der neuen Regierung der Arbeiterpartei in der Gesundheitspolitik beziehen sich auf vier Bereiche. Zuerst geht es um eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung: Zur Ausweitung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung sollen regionale Ungleichheiten im Angebot bestimmter Versorgungsbereiche abgebaut werden. Das PSF soll ein wichtiger Beitrag dazu sein und ausgeweitet werden, um bis 2007 die Versorgung von 100 Millionen Menschen gewährleisten zu können. Zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung sollen das Generika-Programm ausgeweitet werden und Medikamente durch staatliche Betriebe hergestellt werden, um niedrige Preise zu gewährleisten. Außerdem sollen Volksapotheken gegründet werden. Zweitens soll die Gesundheitsaufsicht durch bessere Kontrolle von endemischen Krankheiten intensiviert werden. Dazu soll eine Prioritätenliste der wichtigsten Gesundheitsprobleme die zentralen Herausforderungen aufdecken, und in der Gesundheitsvorsorge soll die sektorübergreifende Zusammenarbeit Vorrang haben. Drittens soll die demokratische Verwaltung gestärkt werden. Zur Verbesserung der sozialen Partizipation wurde ein neues Referat im Gesundheitsministerium eingerichtet und eine Bundesgesundheitskonferenz ins Leben gerufen, deren Thesen auf der lokalen Ebene in den meisten Kommunen diskutiert werden. Letztlich soll eine adäquate Personalpolitik für alle SUS-Beschäftigten entworfen werden, indem Berufslaufbahnen für SUS-Mitarbeiter bundesweit festgelegt und vereinheitlicht werden. Zudem sind die Überwindung der prekären Arbeitsverhältnisse beim PSF und ein verstärktes Weiterbildungsangebot an die

Mitarbeiter vorgesehen. Zum großen Teil wurden die Mitarbeiter der Familien-Gesundheitsteams nicht direkt von den Kommunen angestellt – sie sind weder Beamte noch Angestellte des öffentlichen Dienstes –, sondern es wurden Verträge mit Nichtregierungsorganisationen und mit Berufsgenossenschaften ausgehandelt (Escorel et al. 2002: 151). Diese Art von Vertragsabschlüssen wurde durch Gesetze ermöglicht, die der öffentlichen Kommunalverwaltung fiskalische Restriktionen auferlegen und Zeitverträge für öffentliche Angestellte mit beschränkten Rechten erlaubten. Diese Gesetze waren Teil des Anpassungsprogramms, das mit dem *Internationalen Währungsfonds* in den 90er Jahren beschlossen wurde. Eines dieser Gesetze beschränkt das Verhältnis der Angestelltengehälter zu den Gesamtausgaben der Kommunen auf maximal 65%. Das erschwert die Ausweitung sozialer Leistungen, die traditionell eher arbeitsintensiv sind. Unter diesen Bedingungen versuchen die Kommunalverwaltungen, juristische Personen wie Genossenschaften oder Nichtregierungsorganisationen unter Vertrag zu nehmen, um die Mitarbeiter für die Familien-Gesundheitsteams zu beschäftigen.

Die Implementation der Regierungsprogramme im Gesundheitsbereich stößt also auf ökonomische und politische Zwänge. Die neue Regierung steht vor dem Widerspruch, ihre Sozialpolitik ausbauen und gleichzeitig die restriktive Wirtschafts- und Finanzpolitik fortführen zu wollen bzw. zu müssen. Sie steht außerdem unter dem Zwang, andauernd politische Verhandlungen mit dem Kongress führen zu müssen, um Mehrheiten für ihre Gesetzesvorhaben zu erreichen. Das Parlament ist weiterhin von konservativen Kräften dominiert und die Regierungskoalition ist instabil, was die Möglichkeiten radikaler, innovativer Politik begrenzt.

In den ersten Monaten hat Lulas Regierung entschieden, die Steuer- und Rentenreformen weiter mit dem Kongress zu verhandeln. Diese Reform-Agenda stand nicht im Einklang mit den vorrangigen Interessen der Linksparteien, sondern war ein Kompromiss der Vorgängerregierung von Fernando Henrique Cardoso mit dem IWF und zielte auf ökonomische Stabilität für langfristige Investitionen ab. Um einen Kredit vom IWF auf 6,6 Milliarden US\$ zu erhöhen, verlangt dieser von der brasilianischen Regierung eine »disziplinierte« Geld- und Fiskalpolitik, die vor allem zum Ziel hat, die Inflation einzudämmen bzw. zu senken. Um dies zu erreichen, wird verlangt, dass der Staatshaushalt einen Primärüberschuss in Höhe von 4,25% des GDP erlangt, dass die Verschuldung bezogen auf die Nettoreserven nicht zu hoch ist. Außerdem soll die Regierung Steuer- und Rentenreformen durchführen, dafür sorgen, dass die bürokratischen Hemmnisse für den internationalen Handel abgebaut werden, und das Umfeld für private Investitionen und Unternehmen

verbessern (IMF 2003). Insgesamt steht diese politische Agenda im Widerspruch zur Geschichte der PT und zur erwünschten Sozialpolitik, die in relativ kurzer Zeit die sozialen und regionalen Ungleichheiten verringern wollte.

Die Zukunft und der Erfolg dieser Regierung hängen wesentlich davon ab, inwieweit die Regierenden gewillt und in der Lage sind, die Entwicklung der brasilianischen Volkswirtschaft zu beeinflussen. Wichtig wären hier insbesondere eine Entspannung am Arbeitsmarkt und eine Erhöhung der Steuereinnahmen, die für eine Steigerung der Sozialausgaben unerlässlich ist. In Zeiten von Globalisierung und Neoliberalismus kann jede Regierung in dieses Dilemma geraten, die den Anspruch verfolgt, unter dem Druck von IWF und Weltbank sozialdemokratische Politik zu machen und den Sozialstaat auszubauen. Deshalb ist das Beispiel Brasilien im Moment auch für die westeuropäischen Länder interessant. Ein Misserfolg der PT-Regierung hätte weitgehende politische und soziale Konsequenzen nicht nur für Brasilien, sondern für ganz Lateinamerika und würde die Widersprüche der sozialdemokratischen Strategie des dritten Weges verdeutlichen und klarstellen, wie solche Strategien die soziale Situation eher noch verschärfen.

Korrespondenzadresse:

Ligia Giovanella

giovanel@ensp.fiocruz.br

Anmerkungen

- 1 Die Arzneimittelversorgung ist beschränkt. Die öffentlichen Versorgungseinrichtungen geben Arzneimittel nur in begrenztem Umfang kostenlos ab. Für bestimmte Public-Health-Programme wie zum Beispiel für Aidsprogramme stehen aber Arzneimittel kostenlos zur Verfügung.
- 2 Brasilien ist eine Bundesrepublik mit drei direkt gewählten Regierungsebenen: Bund, 28 Bundesländer (27 *estados* und die Hauptstadt, *Distrito Federal Brasilia*) und 5 561 Kommunen (*municipios*). Die meisten Kommunen sind sehr klein: 73% haben weniger als 20 000 Einwohner und sind nicht in der Lage, ein umfangreiches Leistungsspektrum anzubieten. Dafür ist zum einen die Kooperation zwischen den Kommunen und zum anderen auch die Koordination und die Beteiligung der Bundesländer erforderlich.
- 3 Der Privatsektor besteht überwiegend aus Privatpraxen und kommerziellen Gruppenpraxen, die mehrheitlich Verträge mit privaten Krankenversicherungen, einer Art von Health-Maintenance-Organizations, sogenannte Planos de Saúde abschließen.
- 4 Für eine genauere Analyse des Gesundheitssystems in Brasilien, vgl. Giovanella/Porto 2004.

Literatur

- Araújo, J.L.A.C. (1997): Attempts to Decentralize in Recent Brazilian Health Policy: Issues and Problems, 1988-1994. *International Journal of Health Services* 27, 1: 109-124.
- Boris, D. (2003): Die Transformation in Brasilien. *Supplement der Zeitschrift Sozialismus* 11/2003. Hamburg: VSA.
- CEPAL (2001): *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Costa, N. R.; Siva, P. L. B.; Ribeiro, J. M. (1999): A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público* 50, 3: 33-54.
- Escorel, S. (1999): *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Escorel, S.; Giovanella, L.; Mendonça, M. H. M.; Magalhães, R.; Senna, M. (2002): *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Franco, T. B.; Merhy, E. E. (1999): *PSF – Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. Campinas: Unicamp (mimeo).
- Giovanella, L.; Porto, M. F. S. (2004): *Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Arbeitspapier Nr. 25/2004*. Frankfurt am Main: Institut für Medizinische Soziologie. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003): *Censo demográfico 2003*. Rio de Janeiro: IBGE (www.ibge.gov.br).
- Laurell, A.C.; López Arellano, O. (2000): *Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health*. In: V. Navarro (Ed.): *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood Publishing Company, 191-208.
- MS/Datasus/AMS. (2002): *Pesquisa Assistência Médico Sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br).
- MS/Datasus/IDB. (2003): *Indicadores Básicos*. Brasília: Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br).
- MS-Ministério da Saúde. (2000): *Relatório Final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS-Ministério da Saúde. (2001): *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- OPS/OMS (2001): *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2001*. Washington: Programa Especial de Análisis de la Salud da OPS/OMS. ([www.paho.org/ Data /Basic Health Indicators](http://www.paho.org/Data/Basic Health Indicators)).
- Piola, S. F.; Biasoto, J.G. (2001): *Financiamento do SUS nos anos 90*. In: B. Negri; G. de Giovanni (Hg.): *Brasil – Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp/IE, 219-232.