



Die eine 52-jährige Ärztin Manana Mikaberidze lebt in der Region Gori in Georgien. Sie ist im Rahmen der von der Regierung getragenen Krankenversicherung nicht anspruchsberechtigt. Eine private Krankenversicherung kann sie sich nicht leisten. Seit bei Manana Anfang des Jahres Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert wurde, musste sie sich bereits mehrmals bei Verwandten Geld leihen um ihre Behandlung bezahlen zu können. Oftmals nutzt Sie ihr eigenes Einkommen um Patienten auszuweichen, denen das Geld für Medikamente fehlt. Viele Menschen hoffen, dass Reformen mit dem Ziel Universal Health Coverage Menschen wie Manana helfen werden die Gesundheitsfürsorge zu bekommen, sie sie benötigen.

GESUNDHEITS- FÜRSORGE FÜR ALLE

Warum Krankenversicherungen die Armen außen vor lassen

„Universal Health Coverage“ (UHC), der Zugang zu gleichberechtigter Gesundheitsfürsorge für alle, kann das Leben von Millionen Menschen zum Positiven verändern: Denn UHC schafft Zugang zu lebensrettender Gesundheitsfürsorge für diejenigen Menschen, die diese am meisten benötigen. Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle bedeutet, dass alle die Medikamente und die Behandlung erhalten, die sie benötigen – ohne dadurch zu verarmen. Leider fördern einige Regierungen und Geberinstitutionen im Namen der UHC Krankenversicherungsmodelle, die die Mehrzahl der Menschen ausschließen und vor allem die Armen außen vor lassen. Solche Modelle bevorteilen bereits privilegierte Bevölkerungsgruppen im formellen Arbeitssektor und verschärfen so die Ungleichheit. Die Länder mit den größten Fortschritten in Hinblick auf den Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle finanzieren diese nicht vorwiegend aus Beitragszahlungen von Menschen, die dafür zu arm sind. Vielmehr bevorzugen sie ein steuerfinanziertes Modell, zum Teil kombiniert mit Beitragszahlungen aus dem formellen Sektor und Mitteln aus der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Die internationalen Geber und die Regierungen sollten die nicht funktionierenden Versicherungsmodelle aufgeben. Stattdessen sollten sie sich auf eine Finanzierung konzentrieren, die den universalen, gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge tatsächlich gewährleistet.

Diese klare und bemerkenswerte Veröffentlichung kommt zu einem wichtigen Zeitpunkt. Universal Health Coverage (UHC) wird derzeit von vielen als das Allheilmittel für Ungerechtigkeiten im Gesundheitsbereich propagiert. Es gibt jedoch grundverschiedene Auffassungen von dem was man unter UHC versteht und wie man es umsetzt, insbesondere bei der Frage der Finanzierung.

Die vorliegende Veröffentlichung stellt klar, dass Krankenversicherungssysteme – so wie sie von der Weltbank und anderen Geldgebern oftmals propagiert werden – unweigerlich die Ärmsten und Kränksten benachteiligen. Ohne gerechtere und vor allem steuerfinanzierte Ansätze werden die dramatischen Unterschiede im Gesundheitsstatus der Menschen weiter zunehmen und uns alle bedrohen.

**Professor David Sanders, Emeritus Professor, School of Public Health,
University of the Western Cape, Südafrika**

Wir werden UHC erst dann erreichen können, wenn Länder ihre nationalen Gesundheitsfinanzierungssysteme hin zu mehr Gerechtigkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit reformieren. Die vorliegende Veröffentlichung weist auf einige der grundlegenden Fragen der Finanzierung von UHC hin und wird einen wichtigen Beitrag zur gegenwärtigen Debatte leisten.

**Professor Di McIntyre
Health Economics Unit, University of Cape Town**

Die internationale Evidenz zeigt klar: Universal Health Coverage wird nicht durch freiwillige oder beitragsfinanzierte Krankenversicherungsmodelle erreicht werden. Oxfams Veröffentlichung unterstreicht wie wichtig es ist, kontextspezifische Finanzierungsmechanismen zu entwickeln, damit Arm und Reich abgesichert sind.

Regierungen, Politiker, Experten und Geldgeber sollten sich die Empfehlungen des Reports zu eigen machen und Länder dabei unterstützen Reformen umzusetzen, die allen Menschen – gleich ob arm oder reich – Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsfürsorge ermöglichen.

**Dr Jane Chuma
Research Fellow, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi**

ZUSAMMENFASSUNG

Die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Margaret Chan hat das Konzept der „Universal Health Coverage“ (UHC) – den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle – als „stärkstes Konzept in der öffentlichen Gesundheit“ bezeichnet.¹ Derzeit steht UHC ganz oben auf der globalen Gesundheitsagenda. Im Kern dreht es sich dabei um das Recht auf Gesundheit. Alle – egal ob arm oder reich – sollen Zugang zu der Gesundheitsfürsorge haben, die sie benötigen, ohne dadurch in eine finanzielle Notlage zu geraten. Für Oxfam bedeutet UHC, dass alle die *gleiche* finanzielle Absicherung im Krankheitsfall genießen und Zugang zu den *gleichen* qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen haben – unabhängig von ihrem Einkommen und ihrer Zahlungsfähigkeit.

Der gleichberechtigte Zugang zu Gesundheitsfürsorge verlangt jedoch maßgeschneiderte Modelle: Die Regierungen müssen Ansätze entwickeln, die an die jeweiligen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen ihres Landes angepasst sind. Die Tatsache, dass es keine allgemeingültige Vorlage gibt, bedeutet aber nicht, dass alles erlaubt ist.² Die WHO hat deutlich gemacht, dass die Regierungen vier Prioritäten setzen sollten, um den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle zu finanzieren: direkte Zahlungen für Patienten reduzieren, verpflichtende Vorauszahlungen maximieren, größtmögliche Risikopools einrichten und allgemeine Steuereinnahmen nutzen, um diejenigen abzusichern, die keine Beiträge leisten können.

Diese Leitlinien werden zu oft ignoriert. In den meisten Entwicklungsländern müssen die Menschen selber direkt für ihre Gesundheitsfürsorge bezahlen. Weltweit sehen sich jedes Jahr 150 Millionen Menschen mit sogenannten „katastrophalen Kosten“ konfrontiert, weil sie direkt hohe Summen für die Gesundheitsfürsorge aufbringen müssen. 100 Millionen Menschen werden deswegen jedes Jahr in die Armut getrieben – das entspricht drei Menschen pro Sekunde.³ Im Namen der UHC befürworten viele Regierungen und Geber freiwillige private und gemeindebasierte Krankenversicherungsmodelle und setzen diese um. Diese erreichen aber nachweislich weniger Menschen, bringen hohe Verwaltungskosten mit sich und schließen die Armen oftmals aus. Das indische Versicherungssystem RSBY für Menschen unterhalb der Armutsgrenze zum Beispiel wird zwar weitgehend als Erfolg gefeiert, bietet aber nur begrenzten finanziellen Schutz vor krankheitsbedingten Risiken. Zudem ist es von Korruption, Missbrauch und steigenden Kosten gekennzeichnet und setzt öffentliche Mittel einseitig für kurative Maßnahmen zulasten der Prävention ein.^{4,5,6,7} Kein Land weltweit hat mittels freiwilliger Versicherungen auch nur annähernd das Ziel des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für alle erreicht.

In jeder Sekunde werden drei Menschen in die Armut getrieben, weil sie für ihre Gesundheitsfürsorge bezahlen müssen.

Einige erkennen die Probleme bei den freiwilligen Versicherungssystemen. Eine Alternative sehen sie in den zunehmend beliebten Modellen der sozialen Krankenversicherung. Diese haben einer Reihe von einkommensstarken Ländern dazu verholfen, das Ziel des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für alle zu erreichen. Versuche, solche Modelle in Entwicklungs- und Schwellenländern zu replizieren, sind aber gescheitert. Soziale Krankenversicherungssysteme schließen in der Regel große Teile der Bevölkerung aus. In Tansania, zum Beispiel, haben soziale Krankenversicherungen zehn Jahre nach Einführung nur 17 Prozent der Bevölkerung erreicht.⁸ Auch reichen Länder fällt es schwer, durch soziale Krankenversicherungen den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge auf die Gesamtbevölkerung auszuweiten: Deutschland zum Beispiel hat 127 Jahre dafür gebraucht. Die Menschen in armen Ländern können und dürfen nicht so lange warten.

Selbst wenn die soziale Krankenversicherung Pflicht ist: Es ist nahezu unmöglich, die Menschen zum Beitritt zu zwingen. Deswegen bleibt das Modell letztlich freiwillig und weist die selben Probleme auf, wie andere freiwillige Versicherungssysteme: niedrige Abdeckungsrate, fragmentierte Risikopools und die Gefahr, dass die Wohlhabenderen und Gesünderen sich nicht am System beteiligen. Das obligatorische Versicherungsmodell in Ghana zum Beispiel wird weitgehend als Erfolg und Modell gefeiert: Es deckt heute aber nur 36 Prozent der Bevölkerung ab.⁹

Modelle, die zunächst bei den Beschäftigten im formellen Sektor ansetzen, vertiefen und festigen die Ungleichheit und sollten vermieden werden. Selbst bei besten Absichten: Nahezu alle Länder niedrigen und mittleren Einkommens, die beim Aufbau eines sozialen Krankenversicherungsmodells zunächst mit dem formellen Sektor begannen, fanden es später unmöglich, den Zugang zum Versicherungsschutz beitragsfinanziert auszuweiten. Das übliche Ergebnis ist ein zweigeteiltes Gesundheitssystem: auf der einen Seite die Beschäftigten im formellen Sektor und auf der anderen eine Art Auffangsystem des Gesundheitsministeriums für alle anderen. Letzteres umfasst üblicherweise weniger Leistungen und ist qualitativ weniger hochwertig.

Auch die Annahme, dass die Beiträge aus dem informellen Sektor erhebliche Zusatzeinnahmen darstellen, hat sich nicht bestätigt. In Ghana zum Beispiel decken die Beiträge aus dem informellen Sektor gerade einmal fünf Prozent der Kosten des „National Health Insurance Scheme“ ab.¹⁰ Zudem können Modelle mit Fokus auf den formellen Sektor hohe Kosten für die Regierungen mit sich bringen. In Tansania zum Beispiel musste die Regierung in den Jahren 2009/2010 für einen Arbeitgeberanteil von 33 Millionen US-Dollar aufkommen – das entspricht 83 US-Dollar pro Angestelltem. Dies ist sechs Mal mehr als die Regierung pro Person und Jahr für die Gesundheitsfürsorge für die allgemeine Bevölkerung ausgibt.^{11,12} Tatsächlich kann ein soziales Krankenversicherungssystem dazu führen, dass dem Staat letztlich weniger Mittel für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Als das Modell in Kasachstan eingeführt wurde, hat das dortige Finanzministerium das Budget für den Gesundheitsbereich um eine größere Summe reduziert, als über die Versicherungsbeiträge eingenommen wurde.¹³

ZWEI MODELLE DIE FUNKTIONIEREN

Zum Glück entwickelt eine Reihe von Entwicklungsländern eigene Finanzierungsmodelle, um das Ziel des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für alle zu erreichen. Diese Länder beschreiten durchaus unterschiedliche Wege, in Einem sind sie sich jedoch einig: Das Recht auf Gesundheitsfürsorge ergibt sich aus der Staatsbürgerschaft und/oder dem Aufenthalt – nicht aus dem Beschäftigungsverhältnis und/oder der Zahlungsfähigkeit. In Südafrika beispielsweise macht die Planung zur „National Health Insurance“ klar, dass sich der Zugang zu Gesundheitsdiensten zukünftig aus der Staatsbürgerschaft und dem legalen Aufenthalt und nicht aus finanziellen Beiträgen ergibt. Die Regierungen der Entwicklungs- und Schwellenländer sollten keine Finanzierungsmodelle aus reichen Ländern importieren, die für ihre Länder ungeeignet sind. Vielmehr sollten sie auf Erfolge in vergleichbareren Ländern aufbauen. Dazu zählen zum Beispiel Thailand, Mexiko, Sri Lanka und Kirgisistan.

Die Länder mit den bisher größten Fortschritten haben die Prinzipien der Gleichheit und Universalität anerkannt. Sie lehnen Modelle ab, die Beiträge von denjenigen einfordern, die dafür zu arm sind. Diese Länder lassen sich grob in zwei Kategorien ordnen:

Zum einen gibt es Länder aller Einkommensstufen, die den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle aus Steuereinnahmen finanzieren. Dazu gehören Sri Lanka, Malaysia und Brasilien. Die steuerfinanzierten Gesundheitssysteme in Sri Lanka und Malaysia sind in Asien Vorreiter beim Schutz vor krankheitsbedingten finanziellen Risiken.¹⁴ In Brasilien hatte Ende der 80er-Jahre die Hälfte der Bevölkerung keine Krankenversicherung. Heute nutzen 70 Prozent der rund 200 Millionen Einwohner des Landes das steuerfinanzierte „Unified Health System“ – nur zwei Jahrzehnte, nachdem es eingeführt wurde.¹⁵ Der entscheidende Punkt ist: Die einzigen Entwicklungsländer, die es geschafft haben, den allgemeinen und gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsfürsorge für alle umzusetzen, haben dies mittels Steuerfinanzierung erreicht.¹⁶

Eine zweite Möglichkeit ist es, Versicherungsbeiträge nur von den Angestellten im formellen Sektor einzusammeln und diese nach Möglichkeit mit Steuereinnahmen zusammenzuführen, um die Gesundheitsfürsorge für alle zu finanzieren. Eine Reihe Länder verfahren erfolgreich nach diesem Modell, dazu zählen Thailand, Mexiko and Kirgisistan.

Das thailändische Gesundheitssystem zum Beispiel beruht zum Teil auf Beiträgen, die über die Löhne abgeführt werden. Diese kommen von nur 12 Prozent der Bevölkerung. Hauptsächlich wird das international als Erfolg gefeierte „Universal Coverage Scheme“ des Landes aber durch allgemeine Steuereinnahmen finanziert.¹⁷ In nur zehn Jahren ist der Anteil der Menschen ohne Krankenversicherung von 30 auf unter vier Prozent der Bevölkerung gesunken.¹⁸ Am meisten profitiert haben Menschen, die in Armut leben.¹⁹ Indem sie verschiedene

Versicherungssysteme zusammenführt, verringert die Regierung zudem derzeitige Ungleichheiten, wie bessere Gesundheitsdienstleistungen für Angestellte im formellen Sektor.

Ein begrüßenswerter Trend zeichnet sich in einigen anderen Ländern ab: Arbeitnehmerbeiträge werden mit Steuereinnahmen und Mitteln aus der Entwicklungszusammenarbeit zusammengeführt, um größtmögliche und einheitliche Risikopools zu schaffen. In Kirgisistan zum Beispiel haben dahingehende Reformen die Ungleichheit und Fragmentierung des Gesundheitswesens reduziert und zu besserer Gesundheit für die Bevölkerung beigetragen.²⁰

Wann immer Bemühungen um den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsfürsorge für alle erfolgreich sind, spielt die Steuerfinanzierung eine zentrale Rolle. Doch leider blendet der gegenwärtige Fokus auf soziale Krankenversicherungsmodelle als „Standard-Modell“ die wichtigste Frage für Entwicklungs- und Schwellenländer nahezu vollständig aus: Wie kann der Staat die Steuereinnahmen für den Gesundheitsbereich erhöhen? Diese Blindstelle muss dringend angegangen werden. Auch die ärmsten Länder können die Staatseinkünfte für das Gesundheitswesen erhöhen, wenn sie die Steuererhebung verbessern, die Steuersätze anpassen und neue, progressive Steuern sowie innovative Finanzierungsmechanismen einführen. Oxfam schätzt, dass alleine Verbesserungen in der Steuerverwaltung zusätzlich zu 31 Prozent Steuereinnahmen in 52 Entwicklungsländern führen könnten; das entspräche Mehreinkünften für den Staat in Höhe von 269 Milliarden US-Dollar.²¹

WIR BRAUCHEN GLOBALE SOLIDARITÄT

Die weltweit praktizierte Steuerhinterziehung und -vermeidung muss dringend bekämpft werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Staaten ausreichende Mittel für die Gesundheitsfürsorge generieren und im Land halten können. Steuerhinterziehung durch multinationale Konzerne kostet die Entwicklungsländer jedes Jahr geschätzte 160 Milliarden US-Dollar. Das ist vier Mal so viel, wie alle Regierungen in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2011 zusammengerechnet für das Gesundheitswesen ausgegeben haben.^{22,23}

Das Erreichen des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für alle erfordert auf absehbare Zeit außerdem eine verstärkte Entwicklungszusammenarbeit. Nach Berechnungen der WHO werden im Jahr 2015 nur acht Entwicklungsländer in der Lage sein, UHC vollständig aus eigenen Mitteln zu finanzieren.²⁴ Mehr langfristige, verlässliche und planbare Entwicklungszusammenarbeit ist nicht nur notwendig, um die Länder beim Aufbau gut funktionierender öffentlicher Gesundheitssysteme zu unterstützen – sondern auch, um die öffentlichen Steuer- und Finanzsysteme zu verbessern. Nur so können die Länder in Zukunft autark sein. Bilaterale, sektorspezifische oder allgemeine Budgethilfe sind dabei die besten Mittel, um Regierungen auf ihrem Weg zu UHC zu unterstützen.

Um den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge für alle zu erreichen, wird es nicht ausreichen, die Staatseinnahmen in den Entwicklungs- und Schwellenländern zu steigern. Die Regierungen müssen auch politisches Engagement zeigen und die verfügbaren Mittel für das Gesundheitswesen erhöhen und schützen. Zudem müssen sie zügig die Effizienz und die Qualität im Gesundheitssektor steigern, sowie eine wirksame, sichere und verantwortungsvolle Patientenversorgung gewährleisten. Die Gesundheitsministerien sollten die Priorität auf eine umfassende Basisgesundheitsversorgung legen, einschließlich der kosteneffizienten Vorsorge, und aktiv die Rechenschaftslegung des Gesundheitswesens verbessern. Der politische Wille, diese Veränderungen einzuleiten, ist der Grundstein jeder Erfolgsgeschichte in der Umsetzung der UHC.

EMPFEHLUNGEN

Die Regierungen der armen Länder sollten

- Finanzierungssysteme entwickeln, die auf den vier von der WHO entworfenen Hauptprioritäten basieren. Anstatt zu versuchen, europäische Modelle beitragsfinanzierter sozialer Krankenversicherungen zu imitieren, sollten sie auf den Erfahrungen der steigenden Anzahl von Entwicklungs- und Schwellenländern aufbauen, die gute Fortschritte auf dem Weg zu UHC gemacht haben.
- den gleichberechtigten und universalen Zugang von Anfang an explizit als Priorität festlegen und nicht der Versuchung erliegen, mit den Beschäftigten im formellen Sektor zu beginnen, weil diese leichter zu erreichen sind. Menschen, die in Armut leben, müssen bei jedem Schritt in Richtung UHC mindestens ebenso viel profitieren wie privilegiere Bevölkerungsgruppen.
- anhand von Steuerreformen effiziente und faire Wege schaffen, um mehr Einkommen für das Gesundheitswesen zu generieren, anstatt vor allem zu versuchen, Beiträge von Beschäftigten im informellen Sektor einzusammeln.
- alle Einnahmequellen des Staates für das Gesundheitswesen zusammenführen – einschließlich der über Löhne abgeführten Beiträge aus dem formellen Sektor, wo es sie gibt – um die Umverteilung zu maximieren.
- sicherstellen, dass ein angemessener Teil des Staatshaushalts für den Gesundheitssektor aufgewendet wird; entsprechend des Ziels der Erklärung von Abuja, sind dies 15 Prozent.
- aktiv die Beteiligung der Zivilgesellschaft in allen Bereichen der Gesundheitspolitik, ihrer Umsetzung und Überwachung fördern.

Geberländer und multilaterale Organisationen sollten

- damit aufhören, unangemessene Versicherungsmodelle wie private und gemeindebasierte freiwillige Krankenversicherungen im Namen des Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für alle zu fördern.
- gegen Steuervermeidung und -hinterziehung vorgehen. Durch diese werden armen Ländern Mittel vorenthalten, die sie dringend für öffentliche Dienstleistungen für alle Menschen benötigen. Zudem sollten sie arme Länder bei progressiven Steuerreformen unterstützen, um die Steuerverwaltung zu stärken.
- ihre Versprechen einhalten, mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit bereitzustellen und die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich Gesundheit steigern. Zudem sollten sie davon einen größeren Anteil als langfristige allgemeine oder direkt in den Gesundheitssektor fließende Budgethilfe bereitstellen.
- die Regierungen der Entwicklungsländer darin unterstützen, Fortschritte auf dem Weg zur UCH effektiv zu messen und auszuwerten, insbesondere in Bezug auf die ärmsten Menschen.

Die Zivilgesellschaft sollte

- verstärkt gemeinsam handeln, um kollektiv Druck auf Regierungen und andere relevante Akteure auszuüben, damit diese Modelle fördern, die auf den Prinzipien der Universalität, Gleichberechtigung und Solidarität beruhen.
- die Regierungen zur Rechenschaft ziehen, indem sie mit ihnen einen Dialog über die Gesundheitspolitik führen und die Gesundheitsausgaben sowie die bereitgestellten Dienstleistungen in der Praxis überwachen und Korruption aufdecken.
- einflussreiche Geber zur Rechenschaft ziehen und darauf aufmerksam machen, wenn diese ungerechte Finanzierungsmechanismen fördern.
- mit zivilgesellschaftlichen Verfechtern der Steuergerechtigkeit zusammenarbeiten und dringendes Vorgehen gegen Steuervermeidung und -hinterziehung einfordern.
- Gewerkschaften im formellen Sektor sollten solidarisch mit Arbeitern im informellen Sektor handeln und sich für den universalen und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge einsetzen.

Oxfam ruft alle internationalen Gesundheitsexperten auf, „Universal Health Coverage“ (UHC) als übergreifendes Gesundheitsziel für die Post-2015-Entwicklungsagenda zu unterstützen. Der Fokus auf UHC erlaubt, Fortschritte im Bereich der Millennium-Entwicklungsziele im Gesundheitsbereich zu beschleunigen und die zunehmende Belastung durch nicht-übertragbare Krankheiten anzugehen. Vor allem aber ermöglicht der Fokus auf UHC einen umfassenden Ansatz, um das Recht auf eine angemessene, bezahlbare und gleichberechtigte Gesundheitsfürsorge für alle zu verwirklichen.

NOTEN

- ¹ Chan M (2012, May 21st) „Address to the 65th World Health Assembly“, Rede vor der Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- ² Kutzin J (2012) „Anything goes on the path to universal coverage? No“ Bulletin of the World Health Organization, 90: 867-868. Abrufbar auf: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/> - R10, letzter Zugriff am 17. Juni 2013.
- ³ Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P und Evans T (2007) „Protecting households from catastrophic health spending“ *Health Affairs*, 26(4): 972-983.
- ⁴ Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S und Karthik RG (2012) „Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India“ *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1): 21-32.
- ⁵ Sinha K (2012) „Unnecessary procedures on the rise in govt hospitals too: Report“ *The Times of India* [Online] 15. Oktober 2012. Abrufbar auf: http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-10-15/india/34471569_1_health-insurance-rsby-health-care, letzter Zugriff am 2. September 2013.
- ⁶ Shivakumar G (2013) „Government paid private insurer crores in premium for ghost beneficiaries“ *The Hindu Online* [Online] 2. September 2013. Abrufbar auf: <http://www.thehindu.com/news/national/government-paid-private-insurer-crores-in-premium-for-ghost-beneficiaries/article5083382.ece?homepage=true>, letzter Zugriff am 4. September 2013.
- ⁷ La Forgia G und Nagpal S (2012) „Government-sponsored health insurance in India: Are you covered?“ Weltbank: Washington D.C.
- ⁸ National Health Insurance Fund (2011) [Online] „Fact Sheet: Inside NHIF 2001/02 to 2010/11“. Abrufbar auf: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, letzter Zugriff am 27. Juni 2013.
- ⁹ In ihrem Jahresbericht 2010 berichtete die Ghana „National Health Insurance Authority“, sie erreiche 34 Prozent der Bevölkerung. Im September 2013 berichtete die NHIS von 9 Millionen Mitgliedern (<http://graphic.com.gh/General-News/nine-million-ghanaians-use-health-insurance.html>). Dies entspricht 36 Prozent der Gesamtbevölkerung Ghanas, die sich auf 25 Millionen Menschen beläuft.
- ¹⁰ Amporfu E (2013) „Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage“ *International Journal for Equity in Health*, 12: 4.
- ¹¹ National Health Insurance Fund Tanzania (2010) „NHIF Actuarial and Statistical Bulletin“. Abrufbar auf: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, letzter Zugriff am 26. Juni 2013.
- ¹² Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation lagen die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich im Jahr 2010 bei 14,4 US-Dollar (Angaben verfügbar auf <http://apps.who.int/gho/data/view.country.20700>). Die Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben für NHIF beruhen auf der Gesamtsumme des Arbeitgeberanteils und der Anzahl der NHIF-Mitglieder im Zeitraum 2009/10.
- ¹³ Elovainio R und Evans D (2013) „Raising and spending domestic money for health“ Centre for global health working group papers: working group on financing paper 2, Chatham House (The Royal Institute of International Affairs): London.
- ¹⁴ Rannan-Eliya RP (2010) „Redistributive impacts of financing and delivery in Sri Lanka's healthcare system“, Vortrag beim Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, 16. November 2010. Abrufbar auf: http://www.ihp.lk/publications/pres_doc/pres101116.pdf, letzter Zugriff am 27. Juni 2013.
- ¹⁵ Im Jahr 2012 nutzten 60 Prozent der Brasilianer ausschließlich SUS, 8 Prozent nutzten vor allem SUS, 14 Prozent nutzten SUS und den Privatsektor, 9 Prozent nutzen vor allem den Privatsektor und 10 Prozent nutzten ausschließlich den Privatsektor. Couttolenc B und Dmytraczenko T (2013) „UNICO Studies Series 2: Brazil's Primary Care Strategy“ The World Bank: Washington D.C. Abrufbar auf: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWP0BRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf, letzter Zugriff am 12. September 2013.
- ¹⁶ Task Force on Global Action for Health System Strengthening (2009) „G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up: Global Action for Health System Strengthening, Policy Recommendations to the G8“ Japan Center for International Exchange: Tokyo. Abrufbar auf: <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>, letzter Zugriff am 27. Juni 2013.
- ¹⁷ Wagstaff A (2007) „Social Health Insurance Re-examined“ World Bank Policy Research Working Paper 4111. Weltbank: Washington D.C.
- ¹⁸ World Health Organization (2010) „World Health Report: Health systems financing, the path to universal coverage“ Weltgesundheitsorganisation: Genf.
- ¹⁹ Das Auftreten katastrophaler Gesundheitskosten für das ärmste Fünftel der Bevölkerung ist von 4 Prozent im Jahr 2000 auf 0,9 Prozent im Jahr 2006 gesunken. Missoni E (ed) (2010) „Attaining Universal Health Coverage: A research initiative to support evidence-

based advocacy and policy-making“ Global Health Group, Bocconi University: Mailand.
Abrufbar auf:

<http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining%20Universal%20Health%20Coverage%20A%20researchinitiative%20to%20support%20evidence-based%20advocacy%20and%20policy-making.PDF>, letzter Zugriff am 25. Juni 2013.

²⁰ Kutzin J, Jakab M, und Shishkin S „From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova“. In: Chernichovsky D, und Hanson K (eds.) (2009) „Innovations in health system finance in developing and transitional economies“ Vol. 21 Advances in health economics and health services research. Emerald Group Publishing: Bingley

²¹ Itriago D (2011) „Owning Development: Taxation to fight poverty“ Intermón Oxfam: Madrid.

²² Christian Aid (2008) „Death and taxes: the true toll of tax dodging“ Christian Aid: London.
Abrufbar auf: <http://www.christianaid.org.uk/images/deathandtaxes.pdf>, letzter Zugriff am 11. September 2013

²³ WHO Global Expenditure Database [Online]. Die gesammelten Ausgaben aller Länder sub-Sahara Afrikas lagen im Jahr 2011 bei 36,4 Milliarden US-Dollar. Abrufbar auf: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, letzter Zugriff am 2. Juli 2013

²⁴ World Health Organization (2010) „Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis“ Hintergrund-Dokument für die Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Weltgesundheitsorganisation: Genf.

© Oxfam International Oktober 2013

Diese Veröffentlichung wurde von Ceri Averill mit Unterstützung von Anna Marriott verfasst. Oxfam dankt Sophie Freeman, Monica Mutesa, Mohga Kamal Yanni, Tobias Luppe, Katie Malouf-Bous, und Emma Seery für ihre Unterstützung. Dieses Dokument ist Teil einer Reihe von Veröffentlichungen, die die Öffentlichkeit über entwicklungspolitische und humanitäre Themen informieren.

Für weitere Informationen zu den in diesem Papier behandelten Themen senden Sie bitte an E-mail an: info@oxfam.de.

Der Text kann für Kampagnen-, Bildungs- und Forschungszwecke unentgeltlich genutzt werden, sofern die vollständige Quelle angegeben wird. Der Inhaber des Urheberrechts bittet darum, dass ihm sämtliche derartige Nutzungen für Zwecke der Auswertung gemeldet werden. Für die Vervielfältigung unter sonstigen Umständen oder für die Wiederverwendung in anderen Veröffentlichungen oder für die Übersetzung oder Bearbeitung ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich, und es können Gebühren anfallen. Senden Sie eine E-mail an: info@oxfam.de.

Die hier dargestellten Informationen sind zum Zeitdruck der Drucklegung korrekt.

Veröffentlicht durch Oxfam Großbritannien für Oxfam International unter ISBN 978-1-78077-497-8 im Oktober 2013
Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

OXFAM

Oxfam International ist ein Verbund von 17 Organisationen, die in derzeit 94 Ländern zusammenarbeiten, und sich für eine gerechte Welt ohne Armut einsetzen.

Oxfam Amerika (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australien (www.oxfam.org.au)
Oxfam Belgien (www.oxfamsol.be)
Oxfam Kanada (www.oxfam.ca)
Oxfam Frankreich (www.oxfamfrance.org)
Oxfam Deutschland (www.oxfam.de)
Oxfam Großbritannien (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam Indien (www.oxfamindia.org)
Intermon Oxfam (Spanien) (www.intermonoxfam.org)
Oxfam Irland (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italien (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Japan (www.oxfam.jp)
Oxfam Mexiko (www.oxfammexico.org)
Oxfam Neuseeland (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Novib (Niederlande) (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Québec (www.oxfam.qc.ca)

Wenden Sie sich bitte telefonisch oder schriftlich an eine der angegebenen Organisationen, um weitere Informationen zu erhalten, oder besuchen Sie www.oxfam.org.