



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA
Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA
Bereich/Abteilung

Rede von

Gerhard Siegfried, Themenverantwortlicher Gesundheit und Abteilungsleiter Ost- und
Südliches Afrika DEZA

Universal Health Coverage aus Sicht der Schweizer Entwicklungszusammenarbeit:
Ein Etappenziel

Medicus Mundi Symposium 2013
Zum Thema
Universal Health Coverage und die globale Gesundheit nach 2015

6. November 2014,
Kongresszentrum des Hotels Hilton,
Aeschengraben 31, Basel

Es gilt das gesprochene Wort!

**Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

Besten Dank für die Einladung. Ich freue mich, heute Morgen hier stellvertretend für Maya Tissafi anwesend sein zu können. Wichtige Verpflichtungen haben es Maya Tissafi leider verunmöglicht, persönlich teilzunehmen. Sie entschuldigt sich dafür.

Medicus Mundi ist bestens positioniert, um zur Debatte *Universal Health Coverage* relevante Beiträge leisten. Nur durch gemeinsame, intelligente Prioritäten, Absprachen und eine gute Rollenteilung, wird es möglich sein, in dieser Agenda weiter zu kommen. Medicus Mundi steht hier in der Pflicht wie die DEZA und viele andere. Darum ist die heutige Debatte und gemeinsame Reflexion so wichtig. Ich bedanke mich bereits jetzt dafür.

Je globaler diese Debatten geführt werden, desto wichtiger ist es, die konkrete Realität nicht aus den Augen zu verlieren. In einer Zeit mit einer inflationär ansteigenden Anzahl von Konferenzen, Workshops und Tagungen ist das Risiko vorhanden, die eigentliche Zielsetzung aus den Augen zu verlieren. Es geht letztendlich um das Einzelschicksal von Millionen von Frauen, Männern und Kindern; bemühen wir uns, diesen Menschen immer wieder in die Augen zu sehen!



Salima ist siebzehn und Mutter eines kleinen Jungen. Salima lebt mit ihrem Sohn alleine nahe Dodoma, der Hauptstadt Tansania's. Die Schule hat sie wegen der Schwangerschaft abgebrochen.

UNFPA schätzt, dass über 16 Millionen Mädchen im Alter zwischen 16 und 19 jährlich Mütter werden, 9 von 10 sind dann bereits verheiratet. Fisteln, Totgeburten und unsichere Abtreibungen prägen häufig das Schicksal dieser Jugendlichen.



Anvar ist 5-jährig, lebt in einem kleinen Weiler im Oblast Khatlon in Tadschikistan und hat schreckliche Angst vor Hunden. Zu Recht: Tollwut ist eine Todesursache in dieser Provinz, meist übertragen von Haus- oder Wildtieren und Impfungen sind in ganz Tadschikistan nicht erhältlich. Weltweit sterben über 60'000 Menschen jährlich an Tollwut- über die Hälfte davon sind Kinder.



Batouma ist eine 50 jährige Tuaregfrau aus Kidal im äussersten Norden Malis. Sie leidet unter Diabetes Typ II. In Kidal mangelt es an Gesundheitspersonal und Einrichtungen, die die Patienten angemessen betreuen könnten. Batouma ist zu arm, um weiter nach Süden zu ziehen, wo die Versorgung besser wäre. Sie sollte ihre Ernährung und ihr Bewegungsverhalten umstellen oder regelmässig Insulin nehmen. – Gemäss Schätzungen der WHO leiden 347 Millionen Menschen weltweit unter Diabetes, wovon 80% in Entwicklungs- und Schwellenländer. Im Jahr 2030 wird Diabetes den siebten Rang unter den globalen Todesursachen einnehmen. Gesunde Ernährung, regelmässige Bewegung und die Einhaltung eines normalen Körpergewichtes können das Auftreten von Diabetes Typ II verhindern oder verzögern – wir wissen das.

Stellvertretend für Millionen von Menschen haben hier drei Personen ein Gesicht. Ihnen müssen wir in unserem Tun in die Augen schauen können. Ihnen müssen die zuständigen Regierungen und die internationale Gemeinschaft ebenso Rechenschaft ablegen, wie den Steuerzahlenden in den Geberländern.

Die nun folgenden Ausführungen zeigen, wie wir uns zum Thema *Universal Health Coverage* positionieren.

Die nächsten Monate werden im Rahmen der Post 2015-Debatten von intensiven Diskussionen und Verhandlungen geprägt sein. Und das meist genannte mögliche zukünftige Gesundheitsziel ist eben *Universal Health Coverage* – wie wir dies gehört haben. Die WHO hat das Thema der universellen Abdeckung mit ihrem Weltgesundheits-Bericht „*Gesundheitsfinanzierung- der Weg zur universellen Abdeckung*“ bereits im Jahr 2010 aufs internationale Parkett gebracht und so geschickt einen frühen Zeitpunkt gewählt, die Agenda mitzubestimmen. Seither folgten Beschlüsse an der Weltgesundheitsversammlung und letzten Dezember sogar in der UN Generalversammlung, die auch von der Schweiz aktiv mitgetragen wurden.

Die Staaten haben sich einstimmig verpflichtet, *Universal Health Coverage* im Rahmen der Post 2015 Entwicklungsagenda zu berücksichtigen und in den eigenen Ländern umzusetzen.

Lassen Sie mich nun kurz erläutern, inwiefern *die universelle Abdeckung* eine Rolle in der DEZA spielt und welchen Lernprozess unsere Organisation durchlief und nach wie vor am durchlaufen ist.

In ihrer Gesundheitspolitik hat die DEZA prioritäre Themen gesetzt:

- Die Reduzierung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten,
- Die Verbesserung von Mutter, Neugeborenen und Kindergesundheit inklusive sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte,
- Die Stärkung von Gesundheitssystemen mit dem Ziel der universellen Abdeckung, also *Universal Health Coverage*.

Dies ist weiter nicht so spektakulär. Unser Verständnis der dritten Priorität bedarf jedoch einer Erläuterung: Die Systemstärkung verstehen wir holistisch: von der Gesundheitsförderung über die Versorgung, über Fragen des Zugangs und Fragen der Gouvernanz und Empowerment. Eine Reduktion auf die Angebotsseite, dies wissen wir alle, wäre zu limitativ. Ebenso wichtig ist die Nachfrageseite.

Der systematische Einbezug der Nachfrage bedeutet, dass die Menschen, die als PatientInnen oder Verwandte, als Mütter oder Väter die Dienstleistungen in Empfang nehmen nicht als passive „*Objekte*“ wahrgenommen werden, sondern als aktive,

eigenverantwortliche, verantwortungsvolle und fordernde Kundinnen und Kunden. Sie haben damit nicht nur ein Stück Eigenverantwortung für Ihre Gesundheit zu übernehmen, nein, sie sollen Qualität nachfragen und mit entsprechenden Rechenschafts- und Rückmeldungsmechanismen das System mit beeinflussen. Das Ziel wäre: emanzipierte Kundinnen und Kunden!

Universal Health Coverage ist in unserem Verständnis dann erreicht, wenn die Menschen, die mit ihren Gesundheitssystemen in Beziehung treten, gestärkte Individuen sind; informierte Bürgerinnen und Bürger, die ihre Rechte und Pflichten kennen und sie leben! Das heisst konkret, wir plädieren dafür, dass *Universal Health Coverage* nicht nur auf der Angebotsseite verstanden wird, sondern ebenso die Dimensionen der Nachfrageseite mit einbezieht. Erst wenn die Menschen qualitativ gute und bezahlbare Leistungen nachfragen und diese auch bezahlbar sind - ist UHC erreicht. Auf der Angebotsseite gibt es noch sehr viel zu tun, grosse Arbeit gibt es ebenfalls auf der Nachfrageseite zu leisten, diese ist immer auch politisch.

Am Beispiel der „mutuelles de santé“ lässt sich dies illustrieren. Zusammen mit ihren Partnern hat die DEZA in mehreren Projekten über einen längeren Zeitraum Erfahrung gesammelt:

Eine Barriere zur Erreichung des „*Universal Health Coverage-Ziels*“ stellt die Finanzierung dar – über 100 Millionen von Menschen werden jedes Jahr in die Armut getrieben, nur weil sie die finanziellen Ausgaben für medizinische Leistungen im Zeitpunkt bezahlen müssen, in dem sie anfallen; seit über 20 Jahren hat die Schweizer Entwicklungszusammenarbeit Erfahrungen mit Systemen, die dieses Risiko zu vermindern versuchen- in Klein-Krankenkassen. Diese -je nach Kontext genannten - „mutuelles de santé“ oder „community based health insurance schemes“ haben sich vielerorts bewährt, so auch in DEZA-Programmen zum Beispiel im Benin.

Im Benin garantieren die Mutuelles zurzeit über 30'000 Menschen Zugang zu qualitativ besserer Basisgesundheits-Versorgung und schützen Individuen und Familien vor punktuell grossen Ausgaben, welche sie in den Ruin treiben würden. Die Mitglieder dieser Kleinkrankenkassen sind motivierter, frühzeitig medizinischen Rat einzuholen, was in Afrika keine Selbstverständlichkeit ist. Netzwerke von kleinen Dorfkrankenkassen erlauben es, das Risiko besser zu verteilen und mit den Dienstleistungserbringern in Verhandlung zu treten, was das Potenzial zur

Qualitätsverbesserung der Grundversorgung hat. So arbeiten einige Krankenkassen nur mit ausgewählten Gesundheitszentren zusammen- oft auch mit privaten Anbietern - weil nur diese die erforderliche Minimalanforderung an Qualität liefern können.

Zahlreiche internationale Evaluationen haben die Vorteile der *mutuelles* hervorgehoben – wie beispielsweise die Befähigung der lokalen Bevölkerung selber diese Krankenkassen zu managen, die Prämien auszurechnen und innerhalb der Versicherten zu verhandeln – quasi ein sozialer Vertrag zu schliessen. Zudem leisten die Krankenkassen oft einen sehr wichtigen Beitrag in der Gesundheitsförderung. Gleichzeitig gibt es aber auch Evidenz der Limiten dieser Einrichtungen: die Ärmsten werden oft nicht erreicht, die Verwundbaren haben keinen Zugang und eine Abdeckung von über 15% ist schwierig zu erreichen, solange alles auf Freiwilligkeit basiert. Darum scheint es uns zentral, dass diese Art von Initiativen an breitere Bemühungen- *Universal Health Coverage* zu erreichen – gekoppelt werden. Nur durch eine solidarische Lösung- in der die Gesunden auch für die Kranken zahlen - die Reichen auch für die Armen kann ein UHC-System bezahlt werden.

Beispielsweise geschieht dies über das Programm „*Providing for Health* - einem globalen Netzwerk, welches arme Länder bei der Suche nach nationalen Lösungen unterstützt. In diesem Programm wird an neuen solidarischen Systemen gearbeitet. Die DEZA unterstützt diese wichtige Initiative seit 2010. Benin arbeitet seit gut zwei Jahren mit P4H zusammen und ist daran, auf nationaler Ebene eine Strategie zu erarbeiten, wie die universale Abdeckung erreicht und finanziert werden könnte. Dabei soll den Krankenkassen eine wichtige Rolle zukommen. Unsere Mitarbeitenden beteiligen sich vor Ort aktiv an dieser Lösungssuche, weil sie die Probleme in den ruralen Gebieten und die Klein-Krankenkassen bereits sehr gut kennen. Nichtregierungsorganisationen arbeiten ebenfalls mit, sie stellen in der Zusammenarbeit von *Providing for Health* und der Regierung eine wichtige Ergänzung dar. Erfolg wird sich nur einstellen können, wenn eng zusammengearbeitet wird, wie wir dies bereits am Anfang dieses Beitrags erwähnt haben.

Am Beispiel Benin wird auf dem Weg zur universellen Abdeckung noch etwas anderes deutlich: Gesundheitssysteme sind – wie wir alle wissen – immer noch massiv unterfinanziert. Zu verändern ist dies nur über politische Prozesse auf

nationaler und globaler Ebene. Ein gemeinsames Verständnis und politischer Wille ist massgebend und Leadership und der Druck der Zivilgesellschaft. Darum werden wir nicht herumkommen!

Generell gesehen wird es global schwieriger sein, Mittel für Systemstärkung zu mobilisieren als für spezifische Krankheiten; dies muss insbesondere bei der Diskussion der zukünftigen *Universal Health Coverage* Indikatoren berücksichtigt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren

Grosse Anstrengungen sind auf allen Ebenen notwendig, um dem Ziel der „*Universal Health Coverage*“ – so wie oben definiert - näher zu kommen. Wie erwähnt, reicht der Blick auf die Angebotsseite nicht aus. Die ausschliessliche Verbesserung dieser Angebotsseite ist in dem Sinn ein Etappenziel.

Die Schweizer Position zur Post 2015 Agenda nimmt darum nicht *Universal Health Coverage* als übergeordnetes Ziel, sondern geht über dies hinaus. Wir proklamieren als Zielsetzung die *Maximierung der Gesundheit für alle in allen Lebensabschnitten*. *Universal Health Coverage* wäre demnach ein Zwischenziel (*targets* genannt in den UN Verhandlungen) neben anderen, wie der Weiterführung der momentanen MDG's (Stichwort „unfinished business“), einem weiteren zu Nichtübertragbaren Krankheiten und mentaler Gesundheit.

Warum? Uns scheint, dass wir in den zukünftigen globalen Entwicklungszielen Aspekte speziell betonen sollten, die momentan im Raum stehen und über die nicht überall ein einheitliches Verständnis besteht, da gewisse Kreise *Universal Health Coverage* auf *Health Financing* reduzieren. Lassen Sie mich dies kurz erläutern:

- Gesundheit ist eine Vorbedingung, ein Indikator und ein Ergebnis von Fortschritten im Bereich der nachhaltigen Entwicklung und Armutsbekämpfung. Gesundheit ist ein **öffentliches Gut**, genau wie die Umwelt.
- Das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit ist **ein Menschenrecht**. Um dieses Recht zu verwirklichen, ist ein systemischer Ansatz erforderlich, der die für

Gesundheit massgebliche Faktoren umfasst und den Menschen und die Gleichberechtigung in den Mittelpunkt stellt.

- Uns scheint wichtig, dass spezielle Efforts geleistet werden müssen, um die sozialen, kulturellen, ökonomischen, politischen und Umwelt **Determinanten**, die Gesundheit beeinflussen angegangen werden sollen. Das Schicksal von Batouma zeigt deutlich, dass in allen Gesellschaften dieser Welt, das ärmste Fünftel überproportional von Diabetes betroffen ist. Es braucht einen multisektoriellen Ansatz. Um beim Diabetes-Beispiel zu bleiben, heisst das, informiert zu sein über die Interdependenzen von Ernährung, Bewegung und Gesundheit.
- Zugang zu Gesundheit wird nicht nur über die Erschwinglichkeit entschieden. Der DEZA ist es ein Anliegen, dass die andern Dimensionen von Zugang – wie kulturelle Akzeptanz, die Verfügbarkeit von qualitativ guten Dienstleistungen in erreichbarer Distanz, die Angemessenheit und weitere mitberücksichtigt werden. Was nützt Batouma ein gut ausgestattetes Spital auf der andern Talseite, wenn es keine Strasse dorthin gibt?
- Schliesslich müssen die demografischen Veränderungen mitberücksichtigt werden, wie beispielsweise die Abflachung der Alterspyramide in Subsahara Afrika. Will eine Gesundheitsstrategie relevant sein, gilt es, die demografischen Veränderungen einzubauen.
- Unsere Position „at all stages of life“ weist schliesslich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern und von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Alten hin.

Sehr geehrte Damen und Herren

Zusammenfassend ist *Universal Health Coverage* ein Konzept, welches den Weg in eine Richtung leitet, bei dem alle Menschen Zugang zu qualitativ guter Basisgesundheitsversorgung haben. Es unterscheidet sich im Ansatz und von der Perspektive her- allerdings kaum inhaltlich von den „älteren“ Ansätzen wie beispielsweise dem „Gesundheit für alle“ der Alma Ata Deklaration 1978. Fundamental unterscheidet es sich jedoch - und wir denken hier liegt die Stärke dieses Ansatzes- vom Fokus der laufenden Millenniums Entwicklungsziele. Nicht

einzelne Krankheiten stehen dabei im Zentrum, sondern ein systemischer Ansatz, mit verschiedenen Dimensionen; wer hat Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen? Welche Dienstleistungen werden angeboten und welche Qualität haben sie? Und wer zahlt dafür? Mit diesem Ansatz wird der Staat in seine Verantwortung genommen das Menschenrecht Gesundheit umzusetzen – genau wie es in den Beschlüssen vieler multilateraler Organisationen vorgesehen ist. Angesichts der epidemiologischen und demographischen Verschiebungen wird in Zukunft für die globale Gesundheit massiv viel mehr Geld nötig sein. Darum sind solidarische Finanzierungsmodelle zentral. Innovation und eine bessere Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren- auch dem Privatsektor und der Zivilgesellschaft – sind notwendig, um der zukünftigen Generation – wie dem Sohn von Salima oder Anvar – menschenwürdigen Zugang zu Gesundheit möglich zu machen. Ich danke Ihnen.