



Mehr Geld für Gesundheit, mehr Gesundheit fürs Geld

... um die gesundheitsbezogenen
MDGs zu erreichen

... um das Leben von Millionen
Frauen und Kindern zu retten und

... um Kindern in
einkommensschwachen Ländern
einen sichereren Start ins Leben
zu ermöglichen.



Hochrangige Taskforce für innovative
internationale Finanzierungsmechanismen
im Gesundheitswesen



Die Mitglieder der Hochrangigen Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen trafen am 13. März 2009 in London zusammen.

Von links nach rechts: Josep Figueras (in Vertretung von Graça Machel), Bob McMullan (International Development Assistance, Australien) in Vertretung von Stephen Smith, Christian Masset (Außenministerium, Frankreich) in Vertretung von Bernard Kouchner, Tedros Adhanom Ghebreyesus (Gesundheitsminister, Äthiopien), Giulio Tremonti (Minister für Wirtschaft und Finanzen, Italien), Gordon Brown (Premierminister, Vereinigtes Königreich), Robert B. Zoellick (Präsident der Weltbank), Margaret Chan (Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation), Douglas Alexander (Minister für Internationale Entwicklung, Vereinigtes Königreich), Tore Godal (Sonderberater des Premierministers von Norwegen) in Vertretung von Jens Stoltenberg, Manfred Konukiewitz (Ministerialdirigent im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) in Vertretung von Heidemarie Wieczorek-Zeul, Philippe Douste-Blazy (Sonderberater des UN-Generalsekretärs für innovative Entwicklungsfinanzierung).



Graça Machel beim Konsultationstreffen der Taskforce in Johannesburg



Margaret Chan auf dem dritten Taskforce-Treffen am 29. Mai in Paris



Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe 2, Anders Nordström, und die Co-Vorsitzenden der Arbeitsgruppe 1, Julio Frenk und Anne Mills, berichten an das zweite Taskforce-Meeting unter Leitung von Gordon Brown in 10 Downing Street



Bernard Kouchner führt den Vorsitz beim dritten Taskforce-Treffen in Paris



Nicole Klingens, Taskforce Sekretariat, spricht auf dem Konsultationstreffen der Taskforce in Johannesburg



Robert Fryatt, Taskforce Sekretariat, spricht auf dem Konsultationstreffen der Taskforce in Johannesburg



Inhalt

Zusammenfassung und Empfehlungen	6
1. Die Herausforderung	9
A. Weltweite Mittelknappheit	9
B. Bedarf an essentiellen Gesundheitsdiensten	9
C. Bedarf an mehr und „besseren“ Ressourcen	10
2. Mehr Geld für Gesundheit	11
A. Kosten des Ausbaus essentieller Gesundheitsdienste	11
B. Welchen Nutzen bringen die Investitionen?	12
C. Innovative Finanzierungsmechanismen	13
I) Ausweitung der verbindlichen Solidaritätsabgabe auf Flugtickets und Untersuchung, ob ähnliche Solidaritätsabgaben auf Tabakprodukte und Devisentransaktionen technisch machbar sind	14
II) Ausweitung der Internationalen Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) und anderer Ansätze zur Gewährleistung planbarer Zahlungsströme	15
III) Bereitstellung öffentlicher Mittel zur Katalysierung groß angelegter privater Spenderinitiativen, z.B. freiwillige Solidaritätsbeiträge und Steuerbefreiung	16
IV) Bereitstellung neuer oder Ausweitung vorhandener Mittel für eine erfolgsabhängige „Buy-down“-Finanzierung	17
V) Stärkung der Kapazität von Regierungen, um eine bessere Performance und Investitionen von NGOs, privaten, religiösen, kommunalen und anderen nichtstaatlichen Akteuren im Gesundheitssektor zu erzielen	17
3. Mehr Gesundheit fürs Geld	20
A. Gesundheitssysteme und Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele (MDGs)	20
B. Mobilisierung des nichtstaatlichen Bereichs	21
C. Technische Hilfe	21
D. Wirksamere internationale Hilfe für die Empfängerländer	21
E. Effizientere Kanalisierung von Ressourcen	22
F. Spezielle Erwägungen in Bezug auf fragile Staaten	23
G. Verbesserung der Rechenschaftspflicht	23
4. Der Weg in die Zukunft	24
Anhang 1: Liste der einkommensschwachen Länder, Juli 2008	25
Anhang 2: Mitglieder der Taskforce und Arbeitsgruppen	26

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Herausforderung

Damit die gesundheitsbezogenen Millenniums-entwicklungsziele¹ bis zum Jahr 2015 erreicht werden können, sind mehr und bessere Ressourcen nötig. Ziel ist es, zusätzliche Mittel zu generieren und diese den Empfängerländern auf effektive Weise und geknüpft an bestimmte Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.

Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Gesundheit ist ein Maß für soziale Gerechtigkeit und Fairness, und der Zugang aller Menschen zu sicheren und hochwertigen essentiellen Gesundheitsdiensten eine wichtige Verantwortung von Regierungen. Investitionen zur Verbesserung der Gesundheit tragen maßgeblich dazu bei, die Armut zu senken, die Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) zu erreichen und Frieden und Stabilität zu fördern.

In den vergangenen zehn Jahren wurden in dieser Hinsicht bemerkenswerte Fortschritte erzielt: Die Kindersterblichkeit ist drastisch gefallen, Masern, Tetanus, Jodmangel und Malaria konnten deutlich zurückgedrängt und der Zugang zu antiretroviralen HIV-Therapien erheblich ausgeweitet werden. Dies hat zur Rettung von Millionen von Menschenleben und zur Verbesserung der Lebensqualität weiterer Millionen beigetragen.

Die Verdopplung der Entwicklungshilfe für Gesundheit seit dem Jahr 2000 hat einen wesentlichen Anteil an diesen Erfolgen. Werden künftig jedoch keine zusätzlichen Anstrengungen zum Aufbau stärkerer nationaler Gesundheitssysteme in den 49 ärmsten Ländern der Welt unternommen, so werden auch weiterhin jedes Jahr eine halbe Million Frauen vermeidbaren Komplikationen während der Schwangerschaft zum Opfer fallen, eine Viertelmillion Erwachsene wird weiterhin an HIV sterben, und es werden bis zu 11 Millionen ungeplante Schwangerschaften auftreten. Bei einem längeren Anhalten der aktuellen Finanzkrise würden diese Zahlen sogar noch höher ausfallen. Schätzungen der Weltbank zufolge könnten jährlich zusätzlich 200.000-400.000 Kinder sterben – bis zum Jahr 2015 wären dies zwischen 1,4 und 2,8 Millionen.

Behindert wird der Fortschritt durch die unzureichende Verfügbarkeit von Mitteln, eine mangelhafte Nutzung der vorhandenen Ressourcen sowie durch die Fragmentierung und größtenteils schwere Vorhersagbarkeit der Geldmittelflüsse. Einkommensschwache Länder geben derzeit pro Kopf nur etwa 25 US\$ für Gesundheit aus; 10 US\$ davon stammen aus der eigenen Tasche der Betroffenen und nur 6 US\$ aus der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe. Über 50% der direkt an die Empfängerländer fließenden Entwicklungshilfe für Gesundheit wird für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten verwendet, und weniger als 20% wird in die medizinische Grundversorgung, in Ernährung und Infrastruktur investiert.²

Mehr Geld für Gesundheit

Empfehlung 1: Die Taskforce unterstreicht die dringende Notwendigkeit, pro Jahr zusätzlich bis zu 10 Mrd. US\$ für die Gesundheitsversorgung in armen Ländern bereitzustellen.

Die Gesundheitsausgaben in Ländern mit niedrigem Einkommen müssen bis zum Jahr 2015 von derzeit schätzungsweise 31 Mrd. US\$ auf 67-76 Mrd. US\$ pro Jahr erhöht werden. Durch die in diesem Bericht vorgestellten innovativen Finanzierungsinstrumente ließen sich pro Jahr bis zu 10 Mrd. US\$ generieren; zusammen mit den bestehenden Zusagen könnten diese Mittel dazu beitragen, bestehende Finanzierungslücken bei der Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs zu schließen.

Damit diese ehrgeizigen Ziele erreicht werden können, ist es wichtig, dass die Geberländer und Partnerregierungen zu den von ihnen gemachten Zusagen stehen. Zusätzlich sind jedoch Innovation und die Nutzung von Leverage-Effekten in Bezug auf die Finanzierungsmechanismen und den Mitteleinsatz erforderlich.

Innovative Entwicklungsfinanzierung schließt nicht-traditionelle Anwendungen offizieller Entwicklungshilfe (ODA), öffentlich-private oder private Finanzierungsmechanismen sowie Geldmittelflüsse ein, die (i) durch Erschließung neuer Ressourcen und Einbeziehung von Partnern und Interessenvertretern zur Mittelbeschaffung beitragen oder (ii) finanzielle Lösungen für Entwicklungsprobleme vor Ort bereitstellen. Sie kann zusätzliche Mittel generieren und einen effizienteren und ergebnisorientierten Einsatz von Ressourcen fördern und so zu einer verbesserten Ergebnisreichung beitragen.

Innovative Finanzierungsinstrumente sind kein Ersatz für internationale und nationale Mittelzusagen. Wie dieser Bericht verdeutlicht, ist eine Einhaltung dieser Zusagen heute wichtiger denn je.

Würden keine zusätzlichen Mittel generiert, so hätte dies schwerwiegende Folgen: 4 Millionen Kinder, deren Leben gerettet werden könnte, und 780.000 Erwachsene würden jährlich sterben, darunter 322.000 Mütter, die bei der Geburt ihrer Kinder ums Leben kommen.³

Um neue Mittel zu mobilisieren und eine bessere Nutzung vorhandener Mittel zu gewährleisten, empfiehlt die Taskforce eine Reihe innovativer Finanzierungsinstrumente, die von den Ländern und Interessenvertretern genutzt werden können. Diese zusätzlichen Maßnahmen werden im Rahmen eines internationalen Koordinierungsprozesses implementiert, um die Gesundheitssysteme in einkommensschwachen Ländern zu stärken.

¹ Alle MDGs beziehen sich auf die Gesundheit, unter „gesundheitsbezogenen MDGs“ sind in diesem Bericht jedoch spezifisch die folgenden MDGs zu verstehen: MDG 1c (Unter- und Mangelernährung), 4 (Kindersterblichkeit), 5 (Gesundheit der Mütter), 6 (HIV, Malaria und andere übertragbare Krankheiten) und 8e (unentbehrliche Arzneimittel).

² Siehe Bericht der Arbeitsgruppe 1

³ Siehe Bericht der Arbeitsgruppe 1



Hochrangige Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen

Empfehlung 2: Ausweitung der verbindlichen Solidaritätsabgabe auf Flugtickets und Untersuchung, ob ähnliche Solidaritätsabgaben auf Tabakprodukte und Devisentransaktionen technisch machbar sind.

Empfehlung 3: Ausweitung der Internationalen Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) und anderer Ansätze zur Gewährleistung planbarer Zahlungsströme.

Empfehlung 4: Bereitstellung öffentlicher Mittel zur Katalysierung groß angelegter privater Spenderinitiativen, z.B. freiwillige Solidaritätsbeiträge und Steuerbefreiung.

Empfehlung 5: Bereitstellung neuer oder Ausweitung vorhandener Mittel für eine erfolgsabhängige „Buy-down“-Finanzierung.

Empfehlung 6: Stärkung der Kapazität von Regierungen, um eine bessere Performance und Investitionen von NGOs, privaten, religiösen, kommunalen und anderen nichtstaatlichen Akteuren im Gesundheitssektor zu erzielen.

Mehr Gesundheit fürs Geld

Empfehlung 7: Effizienterer Einsatz vorhandener und zusätzlicher Mittel in Empfängerländern, indem Lücken in budgetierten und verabschiedeten nationalen Gesundheitsstrategien geschlossen werden.

Um eine bessere Nutzung der verfügbaren Mittel zu erzielen, müssen einkommensschwache Länder über eine nationale Gesundheitsstrategie verfügen, die zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme beiträgt, eine bessere Governance gewährleistet und eine Finanzierung des Ausbaus von – für die Nutzer idealerweise kostenlosen – Dienstleistungen ermöglicht, die zur Erreichung der MDGs erforderlich sind.

Die internationale Gemeinschaft ist dafür verantwortlich, in Übereinstimmung mit den von ihr gegebenen Verpflichtungen^{4,5} die Umsetzung dieser Strategien zu unterstützen. Ein Beispiel hierfür sind die kürzlichen Arbeiten im Rahmen der Internationalen Gesundheitspartnerschaft und der damit zusammenhängenden Initiativen (IHP+)⁶ zur gemeinsamen Bewertung von Gesundheitsstrategien, zur Überwachung der Ergebnisse und Performance von Gesundheitssystemen, zur erfolgsbasierten Finanzierung und zur Verbesserung der Effizienz von technischer Zusammenarbeit und bei Beschaffungen.

Die Vergabe zukünftiger Mittel sollte an klare Erwartungen hinsichtlich der zu erzielenden Ergebnisse und Erfolge geknüpft sein und im Rahmen eines einvernehmlich vereinbarten, mittelfristigen Haushaltsrahmens erfolgen. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei die Nutzung erfolgsbasierter Finanzierungsinstrumente zur Verbesserung des Zugangs von Frauen und gefährdeten Gruppen zu essentiellen Gesundheitsdiensten sein.

Empfehlung 8: Die Taskforce bittet die OECD/DAC und ihre Partner, die gesamte derzeit bereitgestellte technische Zusammenarbeit zu überprüfen, mit dem Ziel, die Bemühungen auf eine Stärkung der nationalen und lokalen Kapazitäten in vorrangigen Bereichen wie öffentliche Verwaltung und Verantwortlichkeit, Finanzierung, Bereitstellung von Dienstleistungen und nichtstaatliche Sektoren zu konzentrieren.

Gegenwärtig wird ein signifikanter Teil der internationalen Entwicklungsressourcen für technische Zusammenarbeit ausgegeben. 2002–2006 entfielen darauf 42 Prozent der gesamten gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe. Bei der technischen Zusammenarbeit ist deshalb ein immenses Potenzial für eine Effizienzsteigerung gegeben.

Empfehlung 9: Einrichtung einer Gesundheitssystem-Finanzierungsplattform, über die der Globale Fonds, die GAVI-Allianz, die Weltbank und andere den Fluss vorhandener und neuer internationaler Mittel zur Unterstützung nationaler Gesundheitsstrategien koordinieren, mobilisieren, rationalisieren und kanalisieren können.

⁴ Verpflichtungen von Gleneagles und G8-Updates

⁵ Millenniumserklärung

⁶ Internationale Gesundheitspartnerschaft und die damit zusammenhängenden Initiativen: Global Compact



Arbeitsgruppensitzung beim Konsultationstreffen der Taskforce in London

Die erklärte Absicht des Globalen Fonds, der GAVI-Allianz (GAVI) und der Weltbank, einen koordinierten, rationalisierten Programmansatz zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu entwickeln, ist ein viel versprechender Schritt in Richtung auf eine globale Bündelung von Ressourcen. Die drei Organisationen würden weiterhin Mittel aus der vorhandenen herkömmlichen Entwicklungshilfe für Gesundheit und innovativen Finanzierungsquellen erhalten, jedoch im Rahmen eines neuen Kooperationsvertrags in einer Gesundheitssystem-Plattform zusammenarbeiten.

Die Zusage neuer Mittel zur Finanzierung dieser Organisationen durch Geberländer und Privatsektor würde von der Zusage einer signifikanten Verbesserung der Arbeitsmethoden und der Ergebnisse abhängig gemacht. Die WHO ist weiterhin bereit, diesen Prozess zu unterstützen.

Der Weg in die Zukunft

Empfehlung 10: Überprüfung unserer Fortschritte im Rahmen eines regelmäßigen Forums für Empfängerländer und Entwicklungspartner, das auf dem IHP+ „Ministerial Review“ aufbaut.

Dieser Bericht ist der Beginn eines Prozesses. Im Juli 2009 wird die Taskforce an die G8-Länder berichten. Zudem plant sie im Vorfeld der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2009 weitere Konsultationen und die Vorbereitung von Implementierungsplänen für die empfohlenen innovativen Finanzierungsmechanismen in Zusammenarbeit mit den relevanten Interessenvertretern. Ein von der WHO und der Weltbank veranstaltetes regelmäßiges Forum soll es Empfängerländern und Entwicklungspartnern unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft ermöglichen, die erzielten Fortschritte zu überprüfen.



1. Die Herausforderung

A. Weltweite Mittelknappheit

Die Weltwirtschaft befindet sich in ihrer schwersten Krise seit den 30er Jahren. Bereits zuvor hatten Kostenanstiege bei Lebensmitteln und Energie schätzungsweise über 100 Millionen Menschen zurück in die Armut gestürzt. Die Herausforderung besteht darin, aus der Wirtschaftskrise keine Sozial- und Gesundheitskrise werden zu lassen. In Ländern mit hohem wie mit niedrigem Einkommen sind es stets die armen Menschen, die am schwersten betroffen sind; daher ist es ebenso wichtig, gefährdete Bevölkerungsgruppen wie gefährdete Länder zu identifizieren.

In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen werden die Auswirkungen der Krise zunehmend spürbar: Die privaten Nettofinanzflüsse sind zurückgegangen (von 1 Billion US\$ im Jahr 2007 auf weniger als 200 Mrd. US\$ im Jahr 2009), ausländische Direktinvestitionen und Rücküberweisungen sind im Rückgang begriffen, und die Exporte der Entwicklungsländer sind sowohl bezogen auf den Preis als auch auf ihr Volumen gesunken. Die Folgen sind Arbeitslosigkeit und sinkende Erträge – Faktoren, die sich wiederum auf die Haushaltseinkommen, die Staatsausgaben und die Fähigkeit anderer Akteure im privaten und freiwilligen Sektor auswirken, einen Beitrag zum Gesundheitssystem zu leisten. All dies geschieht in einer Zeit, in der die Gesundheitsbedürfnisse allgemein steigen.

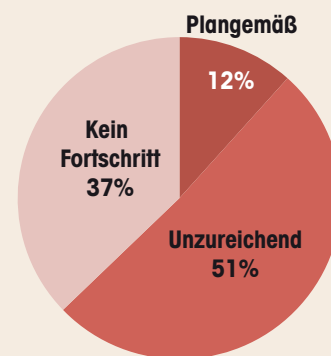
B. Bedarf an essentiellen Gesundheitsdiensten

Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Gesundheit ist ein Maß für soziale Gerechtigkeit und Fairness, und der Zugang aller Menschen zu sicheren und hochwertigen essentiellen Gesundheitsdiensten eine wichtige Verantwortung aller Regierungen. Gesunde Bürger sind der Motor nachhaltiger Entwicklung – im wirtschaftlichen, sozialen wie kulturellen Bereich. Investitionen zur Verbesserung der Gesundheit tragen maßgeblich dazu bei, die Armut zu senken, die Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) zu erreichen und Frieden und Stabilität zu fördern. Bisher sind jedoch in Bezug auf viele gesundheitsbezogene MDGs nur mangelhafte Fortschritte zu verzeichnen (Abb. 1 und 2).

Um die gesundheitsbezogenen MDGs zu erfüllen, sollte das Gesundheitssystem eines Landes in der Lage sein, mindestens bestimmte essentielle Gesundheitsdienste vor allem für einkommensschwache und gefährdete Bevölkerungsgruppen zur Verfügung zu stellen. Hierzu gehören: die universelle Bereitstellung von Maßnahmen, die nachweislich die Mortalität von Müttern, Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren senken; Schwangerschaftsvorsorge/Geburtenbetreuung; Dienstleistungen im Rahmen der reproduktiven Medizin; Bekämpfung und Behandlung der wichtigsten Infektionskrankheiten; Diagnose, Information, Überweisung, Behandlung von Patienten in primären Gesundheitseinrichtungen; und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Eine effektive Erbringung dieser Dienstleistungen setzt das Bestehen eines Gesundheitssystem-„Plattform“ voraus, in deren Rahmen das erforderliche Gesundheitspersonal ausgebildet und beaufsichtigt, essentielle Arzneimittel und Bedarfsartikel bereitgestellt, Mittel kanalisiert und Verantwortlichkeit und Transparenz gewährleistet werden können.

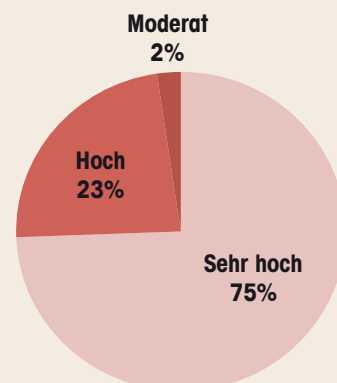
Abb. 1: Mangelnde Fortschritte in Bezug auf MDG 4 (Verringerung der Kindersterblichkeit)



Länder, in denen die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren weniger als 40/1000 Lebendgeburten bzw. die durchschnittliche jährliche Reduktion (der Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren zwischen 1990 und 2006) mindestens 4,0% beträgt, werden als „plangemäß“ eingestuft

Quelle: UNICEF 2008

Abb. 2: Mangelnde Fortschritte in Bezug auf MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit der Mütter)



Sehr hoch: Müttersterblichkeit 550 oder höher; hoch: Müttersterblichkeit 300-549; moderat: Müttersterblichkeit 100-299; niedrig: Müttersterblichkeit unter 100 (jeweils bezogen auf 100.000 Lebendgeburten)

Quelle: UNICEF 2008

C. Bedarf an mehr und „besseren“ Ressourcen

Investitionen in Gesundheitssysteme, die Menschen einen Zugang zu essentiellen, lebenswichtigen Gesundheitsdiensten bieten, würden Millionen von Leben retten. Zudem sind sie ein wichtiger und effizienter Weg zur Realisierung und Sicherung grundlegender Menschenrechte. Wie der jüngste Ausbruch des H1N1-Virus verdeutlicht, werden gut funktionierende nationale Gesundheitssysteme auch benötigt, damit Länder neu auftretenden öffentlichen Gesundheitsbedrohungen in aller Welt Herr werden und ihren Verpflichtungen im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften nachkommen können.

Seit der Millenniumserklärung im Jahr 2000 hat sich die gesundheitsbezogene Entwicklungshilfe mehr als verdoppelt (Abb. 3); hierdurch konnte Millionen Menschen das Leben gerettet und der Lebensunterhalt ihrer Familien gesichert werden. Die verfügbaren Mittel wurden jedoch nicht immer paritätisch in die verschiedenen Programme investiert (Abb. 4). Wie auf der vorigen Seite gezeigt, wurden in den meisten einkommensschwachen Ländern bisher wenige Fortschritte bei der in den Millenniumszielen geforderten Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit erzielt. Die Finanzkrise droht, bisherige Erfolge zu untergraben, und könnte in den Entwicklungsländern zu einem Anstieg der Säuglingssterblichkeit um 200.000–400.000 führen.

In unsicheren Zeiten ist es wichtiger denn je, einen planbaren Ressourcenfluss für Gesundheit in armen Ländern sicherzustellen. Eine Verknappung der aus- und inländischen Gesundheitsressourcen könnte die in verschiedenen Ländern begonnenen Anstrengungen zum Aufbau von Gesundheitssystemen und zur beschleunigten Umsetzung der gesundheitsbezogenen MDGs zum Erliegen bringen.

Würden keine zusätzlichen Mittel generiert, so hätte dies schwerwiegende Folgen: 4 Millionen Kinder, deren Leben eigentlich gerettet werden könnte, und 780.000 Erwachsene würden jährlich sterben; darunter sind auch 322.000 Mütter, die bei der Geburt ihrer Kinder ums Leben kommen. Besonders grausam sind diese Todesfälle, wenn Kinder mit körperlichen oder geistigen Behinderungen zurückbleiben. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, sind neben innovativen Finanzierungsmechanismen auch eine umfassende politische Mobilisierung und schnelle Implementierung notwendig.⁷

Abb. 3: Wachstum der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe

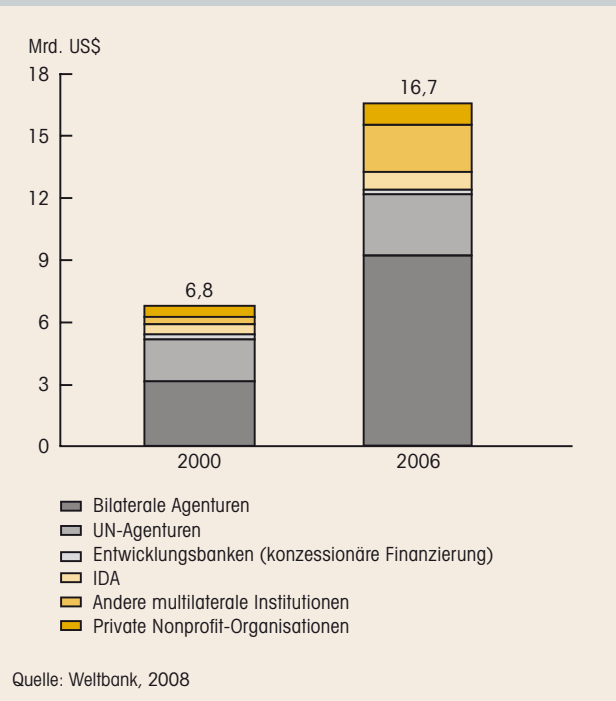
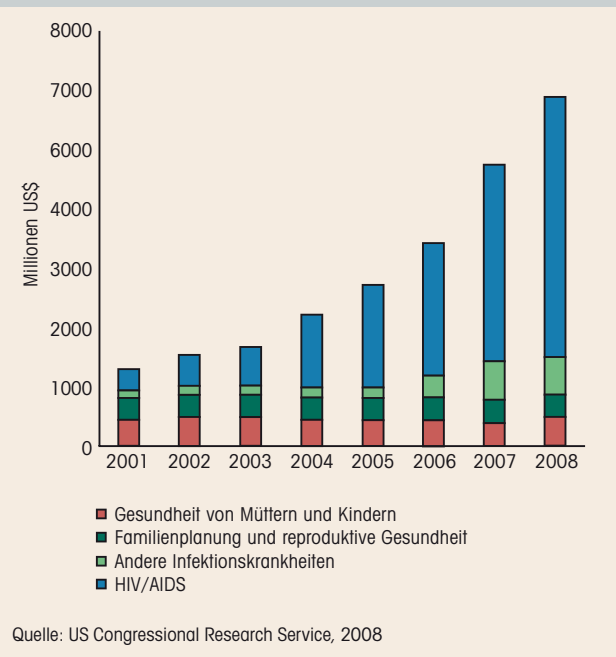


Abb. 4: US-Mittel zur Förderung der globalen Gesundheit (2001-2008)



⁷ Es zeichnet sich ein Konsens für die folgenden fünf Aktionspunkte im Bereich Gesundheit von Müttern und Neugeborenen ab: 1) Politische und operative Führung, Einbeziehung und Mobilisierung der Gemeinschaften; „Führen durch Vorbild: Schutz der Gruppen, die in der Wirtschaftskrise am stärksten gefährdet sind“; 2) effektive Gesundheitssysteme zur Bereitstellung von Interventionspaketen in folgenden Bereichen: umfassende Familienplanung, sichere Abtreibung (in Ländern, in denen Abtreibung legal ist), Schwangerenfürsorge, qualitative Geburtshilfe einschließlich Geburtsbetreuung durch ausgebildete Fachkräfte und Verfügbarkeit von gynäkologischen Notfallmaßnahmen sowie Betreuung von Müttern und Kindern nach der Geburt; 3) Beseitigung von Zugangsbeschränkung, Bereitstellung hochwertiger, kostenloser Dienstleistungen für Frauen und Kinder vor Ort, soweit von den Ländern vorgesehen; 4) ausgebildetes, motiviertes Gesundheitspersonal; 5) Rechenschaftspflicht zur Gewährleistung glaubwürdiger Ergebnisse. (Diese Aktionspunkte werden am 15. Juni 2009 in einem Bericht der Global Campaign for the Health Millennium Development Goals mit dem Titel „Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis“ veröffentlicht.)



Diskussion von Vertretern der Zivilgesellschaft über die Taskforce auf dem Konsultationstreffen in London

2. Mehr Geld für Gesundheit

A. Kosten des Ausbaus essentieller Gesundheitsdienste

Die Taskforce unterstreicht die dringende Notwendigkeit, pro Jahr zusätzlich bis zu 10 Mrd. US\$ für die Gesundheitsversorgung in armen Ländern bereitzustellen.

Die Taskforce hat Schätzungen hinsichtlich der Kosten der verschiedenen Interventionen und Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheitssysteme, die zu einer beschleunigten Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs in einkommensschwachen Ländern erforderlich sind, vorgenommen. Der Weg, den die Länder beim Ausbau der Gesundheitsdienste einschlagen, ist dabei nicht vorgegeben oder festgelegt. Jedes Land ist verschieden, und entsprechend vielseitig sind die Vorgehensweisen. Um diesen Unterschieden Rechnung zu tragen, wurden zwei verschiedene Analysen (Ausbau-Szenarium 1 und 2) durchgeführt; beide gehen von unterschiedlichen Annahmen hinsichtlich des Tempos und der Methoden beim Ausbau der Gesundheitsdienste aus und reflektieren die entsprechenden Kosten und Ergebnisse.

Länder mit niedrigem Einkommen geben derzeit schätzungsweise 31 Mrd. US\$ (25 US\$ pro Kopf) für Gesundheit aus. Um die gesundheitsbezogenen MDGs zu erreichen, sind voraussichtlich zusätzliche 36-45 Mrd. US\$ (24-29 US\$ pro Kopf) erforderlich (Tabelle 1). Mindestens zwei Drittel der Gesamtkosten müssen dabei auf die allgemeine Unterstützung der Gesundheitssysteme verwendet werden – hierzu gehören breit einsetzbares Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen ebenso wie notwendige Investitionen in Logistik, Informationssysteme, Governance, Finanzierungssysteme usw.

Damit die Gesundheitssysteme zusätzliche Finanzierungsmittel künftig effizienter absorbieren können, sind Investitionsaufwendungen erforderlich. 40-48% der bereitgestellten Mittel würden auf solche Investitionen entfallen, während der Rest für die fortlaufende Unterstützung der Gesundheitssysteme – Gesundheitspersonal, Arzneimittel und medizinische Bedarfsartikel – genutzt würde. Auf diese Weise könnten 74.000–97.000 mehr medizinische Einrichtungen errichtet und 2,6-3,5 Millionen zusätzliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich eingestellt werden.

Tabelle 1: Zusätzliche Kosten⁸

	Ausbau-Szenarium 1 (US\$ 2005)	Ausbau-Szenarium 2 (US\$ 2005)
Zusätzliche Kosten gesamt 2009-2015		
Gesamt	251 Mrd.	112 Mrd.
Investitionskosten	101 Mrd.	54 Mrd.
Wiederkehrende Kosten	151 Mrd.	58 Mrd.
Zusätzliche Kosten gesamt 2015		
Gesamt	45 Mrd.	36 Mrd.
Investitionskosten	2 Mrd.	19 Mrd.
Wiederkehrende Kosten	43 Mrd.	17 Mrd.
Zusätzliche Kosten 2015 pro Kopf		
Gesamt	29	24
Investitionskosten	1	13
Wiederkehrende Kosten	28	11
Investitionskosten (in % der Gesamtkosten)	40%	48%
Personal (in % der Gesamtkosten)	22%	12%
Arzneimittel und Bedarfsartikel (in % der Gesamtkosten)	13%	21%
Programm und Krankheit (in % der Gesamtkosten)*	26%	38%
Gesundheitssystem-Plattform (in % der Gesamtkosten)	74%	62%
Subsahara-Afrika (in % der Gesamtkosten)	60%	80%
* Schließt nur programm- oder krankheitsspezifische Mittel ein; die Kosten für breit einsetzbares Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen sind in den Gesundheitssystemen enthalten. Siehe Einzelheiten im Bericht der Arbeitsgruppe 1		

B. Welchen Nutzen bringen die Investitionen?

Durch die Investitionen könnten jährlich vier Millionen Säuglinge und Kinder vor dem Tod bewahrt werden; die Müttersterblichkeit könnte um bis zu 322.000 Fälle, die Zahl der HIV-Todesfälle bei Erwachsenen um bis zu 193.000 und die Zahl der Tuberkulose-Todesfälle um bis zu 265.000 reduziert werden (Tabelle 2).

Mehr als 30 Millionen Kleinkinder ließen sich vor Kleinwuchs bewahren, und 11 Millionen unerwünschte Geburten könnten vermieden werden. Millionen von Kindern und Erwachsenen könnten vor Krankheiten geschützt bzw. entsprechend behandelt werden und die Morbidität somit deutlich gesenkt werden. Diese Zahlen mögen optimistisch erscheinen, aber erfahrungsgemäß sind bei einer effektiven Mobilisierung und Nutzung von Ressourcen durchaus rasche Verbesserungen möglich.

⁸ Diese Kosten verstehen sich zusätzlich zu den bisherigen Gesundheitsausgaben der 49 einkommensschwachen Länder in Höhe von derzeit schätzungsweise 31 Mrd. US\$. Siehe Einzelheiten im Bericht der Arbeitsgruppe 1.



Tabelle 2: Vermiedene Todesfälle und weitere positive Effekte 2015*

	Ausbau-Szenarium 1	Ausbau-Szenarium 2
Vermiedene zusätzliche Todesfälle 2015		
Kinder unter 5 Jahren (Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder)	3,9 Mio.	4,3 Mio.
Mütter	322.000	259.000
HIV, Erwachsene	193.000	177.000
Tuberkulose	265.000	235.000
Beispiele für weitere positive Effekte		
Senkung der Geburtenrate durch bessere Familienplanung	11 Mio.	9 Mio.
Vermeidung von Kleinwuchs	30 Mio. (12-59 Monate)	8,3 Mio. (12-23 Monate)
Fortschritte in Bezug auf MDG 4 und 5 in % gegenüber Baseline 1990/95		
MDG 4: % der Länder, die das Ziel erreicht haben	80%	82%
MDG 5: % der Länder, die das Ziel erreicht haben	45%	39%
Fortschritte in Bezug auf MDG 6 in % gegenüber Baseline 2008		
% der Länder, in denen eine Halbierung der Malaria-Inzidenz erreicht wurde	Ziel wird wahrscheinlich erreicht	87%
% der Länder, in denen eine Halbierung der HIV-Inzidenz erreicht wurde	Keine Daten	42%
% der Länder, in denen eine Halbierung der TB-Mortalität erreicht wurde	Regional erreicht	72%
Siehe Einzelheiten im Bericht der Arbeitsgruppe 1.		

C. Innovative Finanzierungsmechanismen

Rund 100 vorhandene innovative Finanzierungsmechanismen wurden im Detail auf ihren potenziellen Nutzen für die Stärkung der Gesundheitssysteme untersucht und 24 Instrumente für die weitere Bewertung ausgewählt.⁹ Die Taskforce empfiehlt zunächst die folgenden innovativen Finanzierungsinstrumente, die von den Ländern und Interessengruppen auf Wunsch genutzt werden können:

- I. Ausweitung der verbindlichen Solidaritätsabgabe auf Flugtickets und Untersuchung, ob ähnliche Solidaritätsabgaben auf Tabakprodukte und Devisentransaktionen technisch machbar sind;
- II. Ausweitung der Internationalen Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) und anderer Ansätze zur Gewährleistung planbarer Zahlungsströme;
- III. Bereitstellung öffentlicher Mittel zur Katalysierung groß angelegter privater Spendernitiativen, z.B. freiwillige Solidaritätsbeiträge und Steuerbefreiung;
- IV. Bereitstellung neuer oder Ausweitung vorhandener Mittel für eine erfolgsabhängige „Buy-down“-Finanzierung;
- V. Stärkung der Kapazität von Regierungen, um eine bessere Performance und Investitionen von NGOs, privaten, religiösen, kommunalen und anderen nichtstaatlichen Akteuren im Gesundheitssektor zu erzielen.

⁹ Eine detaillierte Analyse der 24 Finanzierungsmechanismen ist in Anhang 3 des Berichts der Arbeitsgruppe 2 zu finden.

Abb. 5: Einteilung der innovativen Finanzierungsmechanismen



Daneben zieht die Taskforce für die Zukunft auch weitere Finanzierungsoptionen wie etwa einen Ausbau des Verkaufs von Emissionsrechten in Erwägung. Abbildung 5 zeigt das mögliche Zusammenspiel der verschiedenen Mechanismen.

Um eine Fragmentierung der Geldströme zu vermeiden, ist es wichtig, dass die verschiedenen innovativen Finanzierungsmechanismen komplementär zueinander wirken. Die rot umrandeten Kästchen zeigen verschiedene innovative Finanzierungsinstrumente und mögliche Synergien. Sie verdeutlichen auch den Zusammenhang zwischen den Konzepten „Mehr Geld“ und „Besseres Geld“, die nachfolgend ausführlicher behandelt werden.

Während sich die Taskforce bewusst ist, dass die Mittel zur Unterstützung der Gesundheitssysteme aus verschiedenen Quellen kommen müssen, muss die Kanalisierung der Gelder in die Empfängerländer gemäß dem Aktionsplan von Accra (Accra Agenda for Action) und der Pariser Erklärung zur Steigerung der Wirksamkeit der Entwicklungshilfe (Paris Declaration on Aid Effectiveness) erfolgen. Dabei finden die IHP+ Grundsätze Anwendung, die eine einzige nationale Strategie, ein Budget, einen Ergebnisrahmen und einen Berichterstattungsmechanismus vorsehen. Durch Nutzung inländischer und internationaler Ressourcen kann eine Berechenbarkeit der Zahlungsströme und damit eine effektive Planung und Umsetzung der nationalen Strategien gewährleistet werden.

1) Ausweitung der verbindlichen Solidaritätsabgabe auf Flugtickets und Untersuchung, ob ähnliche Solidaritätsabgaben auf Tabakprodukte und Devisentransaktionen technisch machbar sind.

Verbindliche Solidaritätsabgaben und Steuern haben einen klaren potenziellen Nutzen in Bezug auf Zahlungsströme, Transaktionskosten (nur rund 1-3% der generierten Mittel) und Nachhaltigkeit. Andererseits sind diese Mechanismen jedoch oft komplex und sowohl technisch als auch – besonders im aktuellen Wirtschaftsklima – politisch schwer zu implementieren.

Die Abgaben und Steuern können von einzelnen Ländern erhoben und ggf. international koordiniert werden. Bei entsprechender politischer Unterstützung ist eine rasche Implementierung der Abgaben in den einzelnen Ländern möglich.

Ein Präzedenzbeispiel für diese Finanzierungsoption ist der verbindliche Solidaritätszuschlag auf Flugtickets. Das 2006 eingeführte Programm generiert in Frankreich heute jährlich rund 180 Millionen Euro. Weitere 22 Millionen Euro kommen jährlich zusätzlich aus inländischen Quellen in anderen teilnehmenden Ländern (Chile, Kongo, Elfenbeinküste, Madagaskar, Mauritius, Niger und Südkorea). Wichtigster Empfänger, neben anderen Organisationen, ist UNITAID.



Hochrangige Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen

Die Taskforce empfiehlt eine Ausweitung der Solidaritätsabgabe auch auf andere Länder. In den teilnehmenden Ländern würde beim Kauf von Flugtickets automatisch ein Solidaritätszuschlag erhoben. Der Erlös könnte wie bisher an UNITAID bzw. an andere Institutionen fließen. Durch die Ausweitung der Flugsteuer könnten in den nächsten Jahren jährlich bis zu 200-400 Millionen US\$ generiert werden. Eine verbindliche Solidaritätsabgabe hat sich als durchführbar erwiesen und ließe sich rasch – etwa innerhalb von zwei bis zwölf Monaten – auch in größerem Rahmen einführen. Die verbindliche Solidaritätsabgabe auf Flugtickets hat ganz klar den Vorteil, dass sich mit ihr zusätzliche Mittel generieren lassen.

Daneben gibt es Vorschläge zu anderen Solidaritätsabgaben, die ebenfalls Beachtung verdienen. Unter anderem sind eine Ausweitung der Tabaksteuern und eine Abgabe auf internationale Devisengeschäfte im Gespräch. Diese Vorschläge sind mit potenziellen Problemen behaftet, die Taskforce empfiehlt daher eine genaue Untersuchung ihrer technischen Realisierbarkeit.

II) Ausweitung der Internationalen Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) und anderer Ansätze zur Gewährleistung planbarer Zahlungsströme.

Starke Gesundheitssysteme erfordern ein ganzes Paket von Maßnahmen, die jeweils unterschiedliche Formen der Finanzierung voraussetzen. Besonders wichtig für die Gesundheitssysteme ist eine Berechenbarkeit der eingehenden Zahlungsströme; vor allem langfristige Finanzierungszusagen ermöglichen den Gesundheitsministerien eine längerfristige Planung. Beispiele für Finanzierungsmechanismen, die ein bis zu 20-jähriges Engagement der Geber und damit eine solche Planbarkeit beinhalten, sind die Internationale Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm), das AMC-Pilotprogramm (Advance Market Commitment, Abnahmegarantien für Impfstoffe) und die kürzliche Mittelzusage des Vereinigten Königreichs an den Globalen Fonds für die nächsten acht Jahre.

Wichtig ist jedoch nicht nur eine Berechenbarkeit des künftigen Mittelflusses. Bestimmte Ausgaben erfordern eine vorgezogene Vergabe von Mitteln („Frontloading“), um einmalige Investitionen in Dienstleistungen und erforderliche Infrastruktureinrichtungen tätigen zu können. Frontloading ermöglicht die beschleunigte Inanspruchnahme von Mitteln aus einem Programm. Durch die frühzeitige Verfügbarkeit können die Gelder „investiert“ oder schneller genutzt werden, um früher die angestrebten Erträge/Ergebnisse zu erzielen. Vorgezogene Zahlungen tragen zur Stärkung der Gesundheitssysteme bei, da sie beispielsweise dazu genutzt werden können, Schulungskapazitäten zu vergrößern, die Infrastruktureinrichtungen zu erweitern und zu erneuern und Finanzierungs-, Management- und Informationssysteme zu verbessern. Durch Frontloading-Investitionen könnten kurzfristig erheblich mehr Mittel bereitgestellt werden, etwa wenn sich im Vorfeld von 2015 dringende Finanzierungslücken auftun.

Besonders wirksam wurde die Effektivität des Frontloading-Prinzips durch die Internationale Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) unter Beweis gestellt. Die Taskforce empfiehlt eine deutliche Ausweitung des IFFIm-Konzepts im Gesundheitswesen. IFFIm ist ein Finanzierungsinstrument in der internationalen Entwicklungshilfe, das sich über Anleihen auf den internationalen Kapitalmärkten finanziert, um einen breiteren Impfschutz und den verbesserten Zugang zu neuen Impfstoffen zu fördern. IFFIm ist mittlerweile ein etablierter Kreditnehmer; mit zusätzlicher Unterstützung von Gebern wäre es in der Lage, noch bedeutend mehr Mittel als bisher zu generieren; diese könnten für andere Investitionen genutzt werden, die von Frontloading profitieren würden.

Verschiedene Entwicklungspartner (Frankreich, Italien, Norwegen, Spanien, Schweden, Südafrika und das Vereinigte Königreich) haben bereits Wege aufgezeigt, mit Hilfe der IFFIm die langfristige Planbarkeit von Finanzierungsmitteln für eine Dauer von bis zu 20 Jahren zu verbessern. Seit ihrer Gründung 2006 hat die IFFIm auf den Kapitalmärkten beinahe 2 Mrd. US\$ generiert und 1,25 Mrd. US\$ an die Programme der GAVI-Allianz vergeben. Es wird erwartet, dass die IFFIm bis zum Jahr 2015 rund 3,3 Mrd. US\$ für die GAVI-Programme bereitstellen wird. Die Bereitschaft der bestehenden Partner zur Zusage weiterer Mittel und das Interesse weiterer Partner an einem Beitritt zur IFFIm könnten dazu führen, dass in Zukunft auf diese Weise noch bedeutend mehr Mittel für das Gesundheitswesen generiert werden.

Der besondere Nutzen der IFFIm liegt in ihrer Möglichkeit, zugesagte Hilfsmittel bereits vorab bereitzustellen. Die Kosten für die Ausweitung und Pflege dieses Finanzierungsinstruments betragen schätzungsweise 3,5-4,5% des Frontloading-Betrages (bei Startkosten von weniger als 3 Mio. US\$). Bei der Prüfung einer möglichen Ausweitung der IFFIm im Gesundheitssektor muss auch über den bisherigen Mangel an Nachhaltigkeit in der Finanzierung laufender Kosten und dessen Behebung nachgedacht werden. Zudem ist eine Analyse geplant, um zu untersuchen, welche Folgen eine Ausweitung der IFFIm hätte, und um verbleibende technische Fragen zu lösen.

III) Bereitstellung öffentlicher Mittel zur Katalysierung groß angelegter privater Spenderinitiativen, z.B. freiwillige Solidaritätsbeiträge und Steuerbefreiung.

Private Spenden finden breite Unterstützung, sind relativ unkontrovers und können das Bewusstsein und die Unterstützung der Öffentlichkeit für die Entwicklung der Gesundheitssysteme fördern. Private Spenden besitzen jedoch allgemein ein geringeres Potenzial zur Mittelgenerierung als Steuern und sind mit potenziell höheren Start- und Implementierungskosten verbunden. Erstinvestitionen für Marktuntersuchungen und Fokusgruppen wären erforderlich, um die Wirksamkeit verschiedener Finanzierungsinstrumente zu prüfen und die Programme bekannt zu machen.

Die Taskforce empfiehlt eine Erwägung von Steuerbefreiungen:

Ein Vorschlag aus Italien sieht vor, einen Teil der Mehrwertsteuer, die von teilnehmenden Unternehmen in beteiligten Ländern erwirtschaftet wird, für die Entwicklung der Gesundheitssysteme zu reservieren; diese Summe sollte durch einen freiwilligen Beitrag seitens der Unternehmen ergänzt werden. Die teilnehmenden Regierungen würden mindestens 1% der Mehrwertsteuer auf Waren oder Dienstleistungen der an der Initiative teilnehmenden Unternehmen abtreten, während die Unternehmen ihrerseits auf freiwilliger Basis einen Teil ihres Gewinns an den betreffenden Transaktionen spenden würden. Die von Staat und Unternehmen abgetretenen Beträge würden in einem speziell dazu eingerichteten nationalen Fonds gesammelt und über vorhandene Kanäle der Gesundheitssystem-Finanzierungsplattform dazu verwendet werden, die Gesundheitssysteme in den armen Ländern zu stärken (Kapitel 3).

Der besondere Nutzen der Steuerbefreiung bestünde in ihrem Potential, zusätzliche Mittel zu generieren. Derzeit wird eine Machbarkeitsstudie erstellt, um die Kosten und Nutzen einer Implementierung dieses Instruments zu prüfen. Die vorbereitenden Arbeiten zur Umsetzung des Vorschlages würden schätzungsweise zwölf Monate in Anspruch nehmen. Geht man davon aus, dass 26 Länder und in diesen wiederum 5% der Unternehmen an der Initiative teilnähmen, so beliefen sich die potenziellen Einnahmen pro Jahr auf rund 2 Mrd. US\$.

Die Taskforce empfiehlt eine Erwägung freiwilliger Solidaritätsbeiträge.

Dabei sollte es sich um individuell niedrige Abgaben handeln, die sich aufgrund ihres hohen Volumens summieren. Beispielsweise könnte es Kunden beim Kauf von Flugtickets oder Mobiltelefon-Minuten freigestellt werden, einen geringfügigen Solidaritätsbeitrag zu leisten. Sobald das System etabliert und in Betrieb ist, könnten auch größere Kundengruppen (und Transaktionen) einbezogen und so potenziell erhebliche Mittel generiert werden. Die Startkosten, insbesondere für Marketing und Implementierung, wären erheblich. Die Millennium Foundation for Innovative Finance for Health verfolgt in diesem Bereich derzeit zwei Initiativen, die eine Unterstützung der Taskforce verdienen. Nach den bisherigen Vereinbarungen würden die generierten Mittel zunächst an UNITAID fließen. UNITAID könnte möglicherweise an der Gesundheitssystem-Finanzierungsplattform (Kapitel 3) teilnehmen.

- **Freiwilliger Solidaritätsbeitrag für „Reiseprodukte“.** Dieser Vorschlag befindet sich bereits in der weiteren Entwicklung und wurde durch UNITAID mit einem Startkapital ausgestattet. Er sieht vor, dass Einzelpersonen und Unternehmen, die Flugtickets und andere Reiseprodukte wie Hotelzimmer, Bahntickets und Mietwagen buchen, bei jeder Transaktion einen geringen, freiwilligen Spendenbeitrag entrichten könnten. Der besondere Nutzen bestünde in der Generierung zusätzlicher Mittel. Die Initiative könnte jährlich bis zu 1 Mrd. US\$ erwirtschaften und wäre mit niedrigen administrativen Kosten verbunden.
- **Freiwilliger Solidaritätsbeitrag für Mobiltelefon-Benutzung.** Hierbei handelt es sich um einen ähnlichen Vorschlag, der sich jedoch noch in einem frühen Planungsstadium befindet. Vorgesehen ist, dass Mobiltelefon-Kunden jeden Monat einen geringen Solidaritätsbeitrag entrichten könnten, der auf ihrer Mobiltelefonrechnung verbucht würde. Die Initiative könnte zusätzliche Mittel in Höhe von bis zu 1 Mrd. US\$ generieren.

Diese Mechanismen geben Spendern die Möglichkeit, einen freiwilligen finanziellen Beitrag zur Unterstützung der Gesundheitssysteme zu leisten. Die einzelnen Initiativen versprechen mittlere bis hohe Einkünfte, sind jedoch mit relativ hohen Startkosten verbunden. Eine mögliche Weiterentwicklung bestünde darin, Transaktionen innerhalb des Gesundheitswesens reicherer Länder zur Generierung von Hilfsmitteln zu benutzen. Beispielsweise könnten entsprechende Prämien auf Krankenversicherungen oder andere Gesundheitsdienste und -produkte erhoben werden. Die Erfahrungen in diesem Bereich sind bisher jedoch gering. Derzeit werden Machbarkeitsstudien und Marktuntersuchungen erstellt, um Kosten und Nutzen zu prüfen.



IV) Bereitstellung neuer oder Ausweitung vorhandener Mittel für eine erfolgsabhängige „Buy-down“-Finanzierung.

Verschiedene innovative Finanzierungsinstrumente sind an die Ergebnisse bestimmter Programme gebunden. **Die Taskforce empfiehlt Debt2Health Schuldenumwandlungen und Buy-downs** als Mittel der konzessionären Finanzierung.

- **Debt2Health** ist eine Partnerschaft zwischen Gläubiger- und Schuldnerländern und multilateralen Organisationen, wobei letztere für die Aushandlung eines Abkommens zwischen den drei Parteien verantwortlich zeichnen. Im Rahmen des Abkommens verzichten die Gläubigerländer auf einen Teil ihrer Forderungen unter der Voraussetzung, dass das Schuldnerland einen vereinbarten Gegenbetrag in Landeswährung über eine multilaterale Institution in Gesundheitsprogramme investiert. Die multilaterale Institution zahlt die betreffenden Mittel durch dieselben Systeme und auf der Grundlage derselben Prinzipien aus wie normale Zuschüsse. Deutschland hat auf diesem Weg Indonesien Schulden in Höhe von 50 Millionen Euro und Pakistan in Höhe von 40 Millionen Euro erlassen. Im Rahmen der Vereinbarung wurden 25 bzw. 20 Millionen Euro an den Globalen Fonds gezahlt (die deutsche Regierung gewährte beiden Ländern jeweils einen Erlass von 50%). Kürzlich hat sich auch Australien der Initiative angeschlossen und Indonesien Schulden in Höhe von 75 Millionen Australischen Dollar erlassen. Wie hoch die Mittel sind, die auf diesem Weg generiert werden können, hängt von der Bereitschaft der Geberländer zu einem Schuldenerlass auf diesem Weg sowie von der Höhe der potenziell zu erlassenden Schulden ab. Eine Studie des Globalen Fonds hat verschiedene weitere Bereiche identifiziert, in denen ähnliche Tauschgeschäfte möglich sind, so z.B. bilaterale Forderungen, notleidende gewerbliche Forderungen und verbleibende multilaterale Forderungen im Rahmen der Entschuldungsinitiative für hoch verschuldete arme Länder (Heavily Indebted Poor Countries, HIPC). Durch dieses Instrument könnten jährlich rund 100 Millionen US\$ mobilisiert werden.
- **Erfolgsabhängige Kredite und Buy-downs** senken die Kreditkosten, sofern bestimmte Erfolgsziele erfüllt werden. Buy-downs werden dabei für unterschiedliche Zwecke eingesetzt. Die Finanzierung über Beihilfen (oder Garantien) dient dazu, den Vergünstigungsgrad (Konzessionalität) von Krediten zu erhöhen, um diese besser an die Bedürfnisse der Empfängerländer anzupassen. Im Falle von einkommensschwachen Ländern könnte dies beispielsweise bedeuten, dass Kredite, die zur Umsetzung eines spezifischen gesundheitsbezogenen MDG aufgenommen wurden, durch Stärkung der Gesundheitssysteme in Beihilfen umgewandelt werden können. Die Finanzierung über Beihilfen unterstützt somit wirksam die Bereitstellung von mehr Mitteln für die Kreditfinanzierung.

Ergebnisabhängige Kredite werden vermehrt durch einen von Norwegen unterstützten Geberreuehandfonds (Multi-Donor Trust Fund) vergeben. Der besondere Nutzen dieser Kredite und Buy-downs liegt darin, dass sie für die Empfänger einen Anreiz schaffen, bestimmte Erfolgsziele zu erreichen, um eine effektivere Finanzierung zu erzielen. Der Buy-down selbst – die Zahlung von Beihilfen, um die Verbindlichkeiten des Entwicklungslandes zu reduzieren oder aufzuheben – ist an die Erreichung oder Umsetzung bestimmter Ziele gebunden. Erfolgsorientierte Buy-downs werden beispielsweise bereits bei der Ausrottung von Polio verwendet. Wie hoch die Mittel sind, die auf diesem Weg bereitgestellt werden können, hängt von dem Interesse der Spender und Empfänger am Konzept erfolgsabhängiger Buy-downs und einer gezielten Konzessionalität ab.

V) Stärkung der Kapazität von Regierungen, um eine bessere Performance und Investitionen von NGOs, privaten, religiösen, kommunalen und anderen nichtstaatlichen Akteuren im Gesundheitssektor zu erzielen.

Nichtstaatliche Akteure spielen – bedingt durch Zugangsfaktoren, Präferenzen oder wirtschaftliche Einflussfaktoren – in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine wichtige Rolle bei der Erbringung gesundheitlicher Dienstleistungen.¹⁰ Um die Gesundheit der ärmsten Menschen der Welt zu verbessern, müssen oft Kräfte im nichtstaatlichen Sektor mobilisiert, genutzt, gemanagt und verbessert und die Rolle der Regierungen in Bezug auf Governance, Regulierung, Vertragsabschlüsse und Qualitätsverbesserung gestärkt werden. Dieser Bereich wurde in den vergangenen Jahrzehnten oft vernachlässigt.

Charakteristisch für diesen Sektor ist seine Fragmentierung, die zum Teil auf den mangelnden Zugang zu Mitteln zurückzuführen ist, die in Ausweitungen und Erneuerungen investiert werden können. Innovative Finanzierungsinstrumente können wesentlich zur Bereitstellung von Mitteln für Investitionen in diesen Sektor in einkommensschwachen Ländern beitragen. In den ärmsten Ländern bestehen Investitionsmöglichkeiten im Gesundheitswesen unter anderem bei der Erbringung von Dienstleistungen und der Supply-Chain-Logistik, bei der Senkung von Kosten und Risiken durch Versicherungs- und andere Risk-Pooling-Arrangements, bei Informations-, Labor- und Diagnosediensten, in der Verwaltung, der Herstellung von Medikamenten und anderen wichtigen Medizinartikeln sowie im Personalbereich.

¹⁰ Zu den nichtstaatlichen Akteuren zählen Gemeinschaftsorganisationen, NGOs, religiöse Organisationen, Kleinhändler und gewerbliche Unternehmen.



Eröffnungssitzung der High Level Taskforce auf der UN-Konferenz über Entwicklungsfinanzierung in Doha

Die kleinen und mittleren Betriebe, die das Gros der Unternehmen im Bereich Gesundheit in einkommensschwachen Ländern ausmachen, sehen sich auf dem Weg zu mehr Effizienz vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Hierzu gehört ein mangelnder Zugang zu ausreichendem bzw. adäquatem Kapital, eine unzureichende Kenntnis der Investitionsmöglichkeiten sowie ein mangelndes Wissen, wie eine Kommunikation mit den nichtstaatlichen Akteuren in den Empfängerländern erreicht werden kann.

Die Taskforce empfiehlt folgende Maßnahmen:

- **Erwägung von Kapital-/Risikominderungsfonds¹¹** zum Nachweis der Viabilität von Investitionen in den nichtstaatlichen Sektor und zum Erwerb oder zur Bereitstellung von Garantien für nichtstaatliche Investoren mit dem Ziel, bestimmte Risiken zu absorbieren. Damit dies funktionieren kann, muss der Zugang zu dieser Garantiefazilität an klar definierte Bedingungen gebunden sein. Der Fonds könnte koordiniert mit anderen Garantiefazilitäten (z.B. der Overseas Private Investment Corporation (OPIC) und der Multilateralen Investitions-Garantie-Agentur (MIGA) eingesetzt werden, um einen Rahmen für die Vergabe von Anleihen in lokaler Währung durch örtliche Banken – beispielsweise durch eine wechselseitige Kreditvergabe oder swap-basierte Lösungen zu wettbewerbsfähigen Preisen – zu schaffen und um gemeinsame Investitionen zu tätigen, soweit die wirtschaftlichen und sozialen Ziele des Projekts akzeptabel sind.
- **Entwicklung von Ansätzen zur Unterstützung der Erarbeitung von Investitionsvorschlägen.** Regierungen, die bei der vertraglichen Erbringung von Dienstleistungen oder der Finanzierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen auf nichtstaatliche Akteure zurückgreifen wollen, sowie gewerbliche Anleger, die Investitionen im Gesundheitswesen erwägen, werden oft durch einen Mangel an gut strukturierten Angeboten in ihrem Vorhaben gehindert. Um diese Herausforderungen zu bewältigen und mehr und bessere Investitionen zu ermöglichen, könnten verschiedene Ansätze entwickelt werden.
- **Erwägung eines oder mehrerer neuer Advance Market Commitment(s) und von Patent-Pooling.** Advance Market Commitments sollen den Anreiz für Pharmaunternehmen erhöhen, Impfstoffe (und möglicherweise andere Erzeugnisse) für Entwicklungsländer zu entwickeln und herzustellen. Durch Patent-Pooling ist eine effizientere Bereitstellung von medizinischen Technologien wie beispielsweise medikamentöser Therapien möglich.
- **Erwägung einer Beratungseinrichtung.** Diese sollte auf den vorhandenen Strukturen aufbauen und die Regierungen bei der Entwicklung von Strategien für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren und deren bessere Integration in die allgemeinen Gesundheitssysteme unterstützen. Dies würde den Regierungen zu einer stärkeren Führungsrolle verhelfen und zu kohärenteren Gesundheitssystemen, einer gerechteren Verteilung der knappen staatlichen Mittel, einer besseren gesetzlichen Regulierung, zur Einbringung privater Mittel in die Schaffung dringend benötigter Gesundheitsinfrastrukturen – und letztendlich zu mehr Gesundheit für die ärmsten Bevölkerungsgruppen – führen.

Die Regierungen vieler einkommensschwacher Länder stehen in der Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren vor erheblichen Herausforderungen. Viele Regierungen sind nur schlecht über die genauen Aktivitäten der Akteure informiert und kaum in der Lage, die bestehenden Herausforderungen zu beurteilen und das Management des nichtstaatlichen Sektors zu verbessern.

¹¹ Ein solches Instrument könnte im Markt als **Impact Investment Fund** zur Unterstützung von Gesundheitssystemen positioniert werden. Ziel von „Impact Investments“ ist es, neben der Erwirtschaftung eines finanziellen Ertrags auch einen sozialen Nutzen zu schaffen; der Fonds kann dabei sowohl privates Beteiligungskapital als auch Schuldinvestitionen einschließen. Der Impact Investment Fund könnte vom Privatsektor oder von einer multilateralen Entwicklungsbank eingerichtet werden. Die Mittel würden an nichtstaatliche Organisationen fließen, die in risikoreichen Umgebungen operieren und in hochriskante armutsorientierte Gesundheitsprojekte investieren. Der Fonds würde nach bestimmten Richtlinien operieren und gemäß den IHP+ Grundsätzen investieren.



Tabelle 3: Innovative Finanzierungsmechanismen: Kosten, projizierte Einnahmen¹², Umsetzung und Ergebnisse für das Gesundheitssystem

Mechanismus	Einnahmen	Kosten	Umsetzung	ODA-Kredit	Ergebnisse für die Gesundheitssysteme (Beispiele)
Solidaritätsabgabe					
Flugtickets	\$\$	+	Ausweitung im Gange	Ja	Bedarfsartikel für gesundheitsbezogene MDGs
Tabakprodukte	\$\$\$\$	+	Ausweitung	Ja	Breite Ergebnisse für das Gesundheitssystem
Devisentransaktionen	\$\$\$	+	Neu	Ja	Breite Ergebnisse für das Gesundheitssystem
Bedarfsspezifische Anpassung des Finanzierungszeitpunkts					
IFFIm (Frontloading)	\$\$\$	++	Ausweitung	Ja, als Zuschüsse	Vorgezogene Gesundheitssystem-Investitionen, z.B. zur Schulung von Gesundheitspersonal, zur Erneuerung von Infrastruktureinrichtungen, für Mittel zur Katalysierung einheimischer Investitionen, Management, Informationssysteme und Evaluierung
Private Spenden aus öffentlichen Mitteln					
Steuerbefreiung	\$\$\$	+	Neu	Teilweise	Private Spenderinitiativen erfordern „Ergebnisse“, zu denen die Öffentlichkeit bereit ist, einen Beitrag zu leisten, z.B. sichere Entbindungen, Geburtsnothilfe und Behandlung von Krankheiten bei Kindern
Flugtickets	\$\$	+	Neu, in Entwicklung	Nein	
Mobiltelefone	\$\$	+	Neu	Nein	
Effizienter Einsatz von Kreditinstrumenten					
Buy-downs	\$\$	+	Etwas Erfahrung	Ja	Breite Ergebnisse für das Gesundheitssystem
Debt2Health	\$\$	+	Ausweitung im Gange	Ja	
Nichtstaatlicher Sektor					
Kapitalpooling	\$	+	Neu	?	Akkreditierungsprogramme, Supply-Chain-Management, Ausbildungsstätten, kostengünstige Klinikketten für Geringverdiener in städtischen Bereichen, kostengünstige Apothekenketten und Diagnoselabors
Startkapital	\$	+	Neu	?	
Advance Market Commitments und Patent-Pooling	\$	++	Ausbau	?	Globale öffentliche Güter, im Falle eines Versagens des Markts (Arzneimittel, Impfstoffe und andere Bedarfsartikel)
Potenzielle Einnahmen				Kosten	
Die Prognosen gehen von einer Beteiligung zahlreicher Länder an den Mechanismen aus				+	weniger als 5% der Einnahmen
\$\$\$\$	zweistelliger US-Dollar-Milliardenbetrag pro Jahr			++	5-20% der Einnahmen
\$\$\$	einstelliger US-Dollar-Milliardenbetrag pro Jahr			+++	20% der Einnahmen oder mehr
\$\$	mehrere hundert Millionen US-Dollar pro Jahr				
\$	weniger als mehrere hundert Millionen US-Dollar pro Jahr				

¹² Die Einkünfte und Kosten sind in hohem Maß vom Partizipationsgrad abhängig

3. Mehr Gesundheit fürs Geld

Effizienterer Einsatz vorhandener und zusätzlicher Mittel in Empfängerländern, indem Lücken in budgetierten und verabschiedeten nationalen Gesundheitsstrategien geschlossen werden.

A. Gesundheitssysteme und Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele (MDGs)¹³

Über die zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs¹⁴ erforderlichen Interventionen ist man sich allgemein einig. Hierzu gehören Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeitsrate bei Müttern, Neugeborenen und Kleinkindern unter fünf Jahren, zur Verbesserung der Schwangerschaftsvorsorge/Geburtsbetreuung und der Dienstleistungen im Rahmen der reproduktiven Medizin sowie zur Bekämpfung und Behandlung der wichtigsten Infektionskrankheiten. Diese Maßnahmen müssen effektiv gebündelt werden, damit effiziente, wirksame und für alle zugängliche Gesundheitsdienste angeboten werden können. Voraussetzung hierfür ist ein starkes Gesundheitssystem. Um sicherzustellen, dass die wesentlichen Ressourcen für ein ordnungsgemäß funktionierendes Gesundheitssystem vorhanden sind, ist eine gezielte Unterstützung in bestimmten Bereichen erforderlich.

• **Öffentliche Verwaltung und Rechenschaftspflicht (oder Governance):** Hierunter fällt Folgendes: Festlegung der strategischen Ziele des Gesundheitssystems, Organisation des Managements, Partizipation der Interessenvertreter, Sicherstellung von Verantwortlichkeit und Transparenz, Umsetzung gesetzlicher Vorschriften sowie Einholung und Erfassung von Informationen. Eine weitere Voraussetzung für ein effektives Gesundheitssystem ist eine starke Führung mit dem entsprechenden gesamtpolitischen Einfluss, um gesundheitsrelevante Verbesserungen zu erreichen. Kompetenzen in der Verwaltung öffentlicher Mittel, im Management und in der Mitarbeiterführung sind unabdingbar. Groß angelegte Reformen des gesamten Gesundheitssystems erzielen jedoch in einkommensschwachen Ländern nur selten den gewünschten Erfolg. In diesen Ländern ist es im Allgemeinen wirksamer, die Governance nicht durch komplexe strukturelle Veränderungen zu reformieren, sondern stufenweise durch kleinere und flexible Reaktionen auf interne Reformpläne mit Blick auf die langfristigen Ziele für öffentliche Verwaltung und Rechenschaftspflicht.

- **Finanzierung:** Die Finanzierung umfasst die Bereitstellung von Geldmitteln, Risiko-Pooling und die Beschaffung von Dienstleistungen. Die Finanzierungsstrategie muss Teil der staatlichen Gesundheitsstrategie bilden. Ausländische Unterstützung und interne Finanzierung sollten idealerweise miteinander kombiniert werden, um das Risiko zu streuen, Einkommensschwankungen zu reduzieren und eine vorhersagbare Finanzierung sicherzustellen. Direkte Bezahlung „aus der eigenen Tasche“ ist die am wenigsten wünschenswerte Art der Finanzierung. Durch das Poolen von Ressourcen können Einkäufer von Gesundheitsdienstleistungen Prioritäten setzen und Anreize schaffen, um eine effiziente, faire und bedarfsgerechte Erbringung von Gesundheitsdiensten zu realisieren. Außerdem muss die Vergütung der im öffentlichen Gesundheitswesen Beschäftigten so beschaffen sein, dass sie Ineffizienzen beseitigt, die Verantwortlichkeitsstruktur verbessert und die Personalmanagementpraktiken mit den Richtlinien in Einklang bringt.
- **Arrangements für die Erbringung von Dienstleistungen:** Die Arrangements für die Erbringung von Dienstleistungen müssen in der nationalen Strategie festgelegt werden und sich an den zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs notwendigen Maßnahmen orientieren. Sie umfassen die Art der erforderlichen Anbieter (z.B. Selbstfürsorge, öffentliche und private Dienstleister), die Integration der Dienstleistungen, zahlreiche Aspekte bezüglich der Beschäftigten, die Qualität der Betreuung, die Bereitstellung von Medikamenten sowie Informationssysteme. Ziel ist die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse durch Dienstleistungen, die gut zugänglich, nachweislich wirksam, bedarfsgerecht, effizient und fair sind.
- **Erfolgsabhängige Finanzierung:** Die erfolgsabhängige Finanzierung umfasst eine Reihe von Mechanismen, darunter „output-based aid“, d.h. Subventionen für die Erbringung von Dienstleistungen, Kredit-Buy-downs (erfolgsbasierte Umwandlung von Krediten in Zuschüsse), finanzielle Anreize für Anbieter und an Bedingungen geknüpfte Bargeldzahlungen, sogenannte Conditional Cash Transfers. Voraussetzungen für die wirksame Umsetzung erfolgsabhängiger Finanzierungskonzepte sind eine unabhängige Evaluierung und „Verifizierung“ der erbrachten Dienstleistungen und eine effektive Qualitätssicherung. Welche Methode jeweils die richtige ist, hängt von den Gegebenheiten in den einzelnen Ländern ab. Der Erfahrungsaustausch zwischen den zuständigen Personen in verschiedenen Ländern wird auch in Zukunft gefördert.

¹³ Die Taskforce definiert ein Gesundheitssystem entsprechend der Charta von Tallinn als „die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuwirken. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen“. Schlüsselkomponenten sind die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen durch eine effektive primäre Gesundheitsversorgung; Finanzierung und Sozialschutz; die Beschäftigten im Gesundheitswesen; Logistik und Supply-Chains; Information und Wissen sowie Governance. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>.

¹⁴ Siehe Einzelheiten im Bericht der Arbeitsgruppe 1



B. Mobilisierung des nichtstaatlichen Bereichs

Die Kapazitäten und das Potenzial des Privatsektors, ob Organisationen mit oder ohne Erwerbszweck, werden oft übersehen, wenn es um die Entwicklung von nationalen Gesundheitsstrategien in einkommensschwachen Ländern geht. Das heißt, Chancen, die Versorgungsqualität bei nichtstaatlichen Leistungserbringern zu verbessern und diese in bestimmten Situationen zu engagieren, um Lücken in Gesundheitsdiensten zu füllen, werden nicht genutzt. Die Taskforce hat den enormen Beitrag erkannt, den der Privatsektor potenziell zum Gesundheitswesen in einkommensschwachen Ländern leisten kann. Aspekte, die in dieser Hinsicht näher untersucht und getestet werden sollten, sind die Beteiligung des Privatsektors am Supply-Chain-Management für den öffentlichen Sektor, private Ausbildungsstätten, kostengünstige Klinikketten für Geringverdiener in städtischen Bereichen, kostengünstige Apothekenketten und Diagnoselabors.

Die Erfahrung in diesem Bereich nimmt zwar zu, das Verständnis ist jedoch immer noch sehr gering, d.h. Organisationen müssen Regierungen und nichtstaatliche Akteure in einkommensschwachen Ländern auch weiterhin darin beraten, wie sich die Einbindung des Privatsektors ins Gesundheitswesen am besten realisieren lässt. Angesichts der begrenzten Kenntnisse ist eine strenge Evaluierung erforderlich, um aufzuzeigen, wo Investitionen in den nichtstaatlichen Sektor die größten Vorteile für die ärmsten Menschen bringen.

C. Technische Hilfe

Die Taskforce bittet die OECD/DAC und ihre Partner, die gesamte derzeit bereitgestellte technische Zusammenarbeit zu überprüfen, mit dem Ziel, die Bemühungen auf eine Stärkung der nationalen und lokalen Kapazitäten in vorrangigen Bereichen wie öffentliche Verwaltung und Verantwortlichkeit, Finanzierung, Bereitstellung von Dienstleistungen und nichtstaatliche Sektoren zu konzentrieren.

Gegenwärtig wird ein signifikanter Teil der internationalen Entwicklungsressourcen für technische Hilfe ausgegeben. 2002–2006 entfielen darauf 42 Prozent der gesamten gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe (DAH). Bei der technischen Hilfe ist deshalb ein immenses Potenzial für eine Effizienzsteigerung gegeben. Die derzeitigen wenig effizienten Methoden für die Bereitstellung technischer Hilfe müssen durch Strategien ersetzt werden, die einen nachhaltigen Kapazitätsaufbau in Bezug auf Institutionen und Kompetenzen fördern.

D. Wirksamere internationale Hilfe für die Empfängerländer

Unter internationalen und nationalen Interessengruppen besteht ein zunehmender Konsens darüber, wie wichtig es ist, die Pariser Erklärung zur Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit umzusetzen, in deren Mittelpunkt die Eigenverantwortlichkeit der Empfängerländer, Anpassung an nationale Prioritäten, Harmonisierung der Geberaktivitäten, ergebnisorientiertes Management und gegenseitige Rechenschaftspflicht stehen. Diese Grundsätze lassen sich jedoch nur dann in die Praxis umsetzen, wenn in den einkommensschwachen Ländern technisch solide Gesundheitsstrategien als Fokus für nationale und internationale Hilfe vorhanden sind. Um die Wirksamkeit von Entwicklungshilfe im Gesundheitswesen zu verbessern, haben sich internationale Akteure auf verschiedene Mechanismen geeinigt, nämlich:

- **Gemeinsame Beurteilung nationaler Gesundheitsstrategien (Joint Assessment of National Health Strategies – JANS, derzeit in IHP+ entwickelt)**: Die Beurteilung erfolgt anhand verschiedener Kriterien, die eine fundierte, unterstützungsfähige nationale Strategie laut allgemeinem Konsens erfüllen muss. Auf diese Weise können den Entwicklungsagenturen auf rationelle Weise die notwendigen Informationen für fundierte Finanzierungsentscheidungen zur Verfügung gestellt werden. Die Pilotierung der JANS findet in 2009 statt.
- **Überwachung nationaler Gesundheitssysteme (Country health Systems Surveillance – CheSS)**: Alle Länder sollten ein allen Beteiligten zugängliches System zur Überwachung von Gesundheit und Gesundheitswesen haben. CheSS, ein System, das derzeit von vielen Entwicklungsländern eingeführt wird, verbessert die Verfügbarkeit, die Qualität und die Nutzung von Daten, die zur Überwachung der nationalen Gesundheitsstrategie eines Landes erforderlich sind.
- **Beschaffung**: Innovative Methoden zur Verbesserung von Beschaffungsprozessen müssen weiter ausgebaut werden. Dienstleistungen in einkommensschwachen Ländern müssen besser auf die landesspezifischen Bedürfnisse abgestimmt und mit einer Stärkung der Supply-Chains und Verteilsysteme des Landes verbunden sein.

¹⁵ Entwickelt von der IHP+ Inter-Agentur-Arbeitsgruppe für Monitoring und Evaluierung.

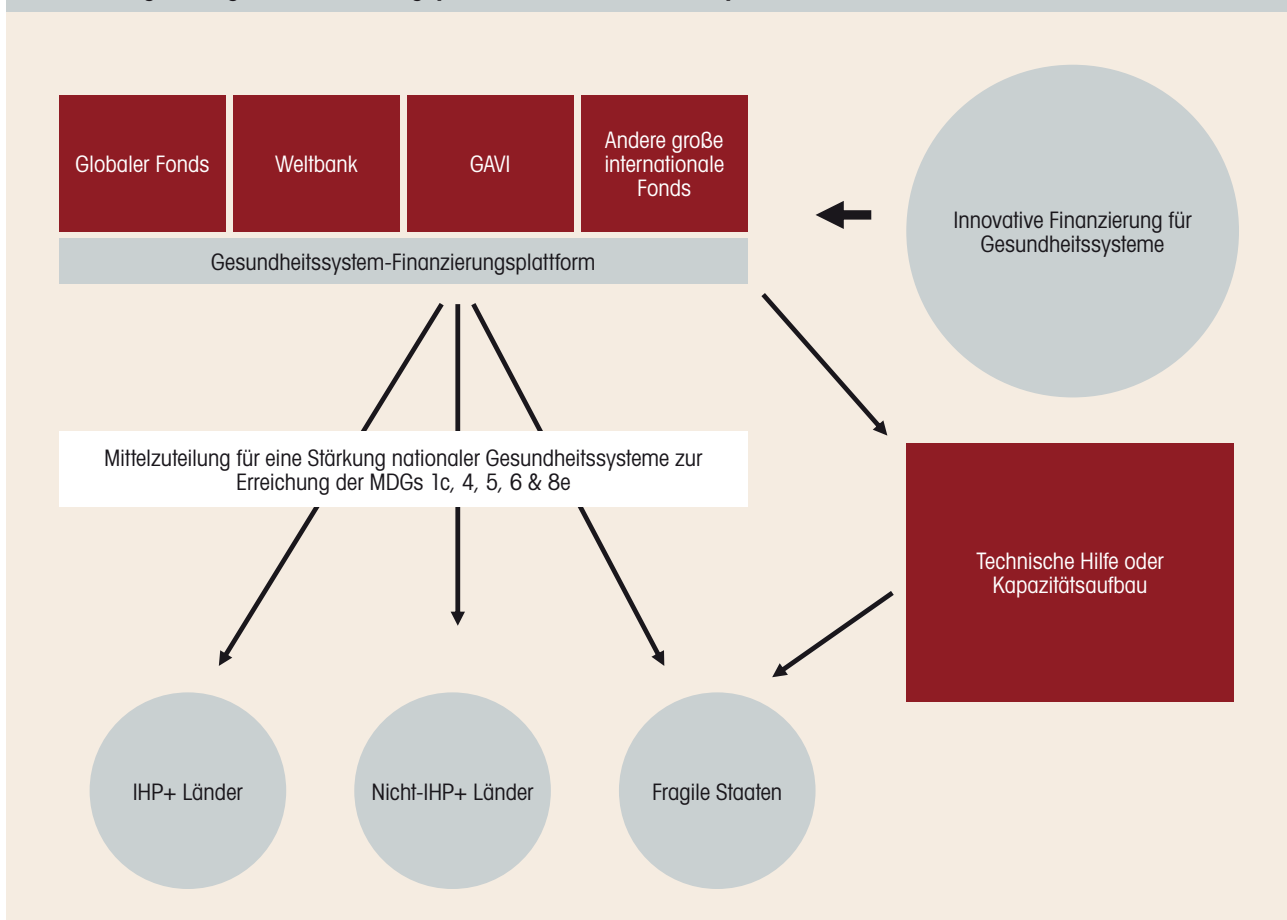
E. Effizientere Kanalisierung von Ressourcen

Einrichtung einer Gesundheitssystem-Finanzierungsplattform, über die der Globale Fonds, die GAVI-Allianz, die Weltbank und andere den Fluss vorhandener und neuer internationaler Mittel zur Unterstützung nationaler Gesundheitsstrategien koordinieren, mobilisieren, rationalisieren und kanalisieren können.

Angesichts der stark fragmentierten Natur der externen Hilfe ist eine bessere Koordination der Ressourcen erforderlich: Alle externen Ressourcen sollten eine nationale Gesundheitsstrategie unterstützen. In einigen Fällen können mehrere innovative Finanzierungsmechanismen miteinander kombiniert und allen Ländern zur Verfügung gestellt werden – in anderen Fällen ist die Hilfe an einzelne Länder gebunden. Die innovative Finanzierung zur Stärkung von Gesundheitssystemen muss im Rahmen budgetierter und verabschiedeter, das gesamte Gesundheitswesen umfassender nationaler Strategien erfolgen.

Im März 2009 gaben die Direktoren der GAVI-Allianz¹⁶ und des Globalen Fonds¹⁷ ihre Absicht bekannt, die Koordination mit der Weltbank und anderen zu verbessern, um eine effektivere „Gesundheitsarchitektur“ auf globaler und auf nationaler Ebene zu schaffen. Diese Koordination ist ein kritischer Faktor für den beschleunigten Ausbau der Finanzierungsaktivitäten, der erforderlich ist, wenn die gesundheitsbezogenen MDGs bis 2015 erreicht werden sollen. Dies gilt vor allem für die MDGs in Bezug auf die Gesundheit von Müttern und Kindern, zu der beide Organisationen und die Weltbank einen erheblichen Beitrag leisten (z.B. durch Finanzierungsplattformen für Impfaktionen, Verhinderung der Übertragung von HIV von Mutter auf Kind, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Schutz von Schwangeren und Kleinkindern vor Malaria).

Abb. 6: Vorgeschlagene Finanzierungsplattform für Gesundheitssysteme in einkommensschwachen Ländern



¹⁶ Das Ziel der GAVI-Allianz ist eine „Verbesserung der Zugänglichkeit zu Impfstoffen in armen Ländern“.

¹⁷ Das Ziel des Globalen Fonds ist eine „erhebliche Erhöhung der Ressourcen zur Bekämpfung von drei der verheerendsten Krankheiten der Welt“ – AIDS, Tuberkulose und Malaria.



Hochrangige Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen

Die GAVI-Allianz, der Globale Fonds und die Weltbank werden gemeinsam einen Mechanismus für Investitionen in Gesundheitssysteme entwerfen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird diesen Prozess weiterhin unterstützen. Die Entwicklung eines gemeinsamen Programms hat folgende Vorteile: einheitliche Leitlinien für Länder in den abgedeckten Bereichen, einheitliche Bewertung, vereinbarte Überwachung anhand einheitlicher Indikatoren und Prozesse auf Landesebene sowie Harmonisierung der Methoden für die Bereitstellung technischer Hilfe. Pilotprogramme hierzu, u. a. auch in einem fragilen Staat, werden voraussichtlich 2009 durchgeführt. Vorbehaltlich der Genehmigung durch die zuständigen Gremien könnte dieser Mechanismus im Laufe von 2010 allgemein eingeführt werden.

Die drei Organisationen würden weiterhin Mittel aus der vorhandenen herkömmlichen Entwicklungshilfe für Gesundheit und innovativen Finanzierungsquellen erhalten, würden jedoch im Rahmen eines neuen Kooperationsvertrags zusammenarbeiten. Die Zusage neuer Mittel zur Finanzierung dieser Organisationen durch Geberländer und Privatsektor würde von einer signifikanten Verbesserung der Arbeitsmethoden und der Ergebnisse abhängig gemacht.

F. Spezielle Erwägungen in Bezug auf fragile Staaten

In fragilen Staaten sind weniger Möglichkeiten und Kapazitäten für innovative Finanzierung gegeben als in Ländern mit gut entwickelten nationalen Gesundheitsplänen. Die UN und NGOs spielen hier eine wichtige Rolle. Von den insgesamt 49 als einkommensschwach eingestuft Ländern stehen 26 auf der Liste der fragilen Staaten¹⁸. Unter ständigen Konflikten leidende fragile Staaten haben weltweit die schlechtesten Gesundheitsindikatoren und sind am weitesten von der Erreichung der MDGs entfernt. Deshalb muss dafür gesorgt werden, dass sie in besonderem Maße von den zusätzlichen Ressourcen profitieren, die aufgrund der Empfehlungen der Taskforce bereitgestellt werden.

Die Kanalisierung internationaler Finanzhilfen in fragile Staaten bewirkt potenziell auch, dass insgesamt mehr Gelder eingehen und dass Ressourcen gezielt in Bereiche gelangen, in denen die Not am größten ist. Angesichts des meist sehr starken öffentlichen Interesses an humanitären Notständen bietet sich hier eine gute Gelegenheit, auch die Förderung nachhaltiger Gesundheitssysteme und Gesundheitsverbesserungen einzubeziehen. Die Reaktion der internationalen Gemeinschaft sollte so umgesetzt werden, dass humanitäre Hilfe in längerfristige Entwicklungshilfe übergeht. Auf diese Weise tragen Mechanismen zur Kanalisierung von Geldern langfristig auch zur Sicherstellung dauerhafter Institutionen und Gesundheitssysteme in diesen Ländern bei.

G. Verbesserung der Rechenschaftspflicht

Überprüfung unserer Fortschritte im Rahmen eines regelmäßigen Forums für Empfängerländer und Entwicklungspartner, das auf dem IHP+ „Ministerial Review“ aufbaut.

Rechenschaftspflicht in Ländern. Die nationale Gesundheitsstrategie jedes einzelnen einkommensschwachen Landes bildet die Rechenschaftsgrundlage für alle beteiligten nationalen und internationalen Interessengruppen. So umreißt beispielsweise in Äthiopien der „Health Compact“ spezielle Pflichten und Aufgaben der Regierung und der Entwicklungspartner, einschließlich von Vorgaben für die Mindesthöhe der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe und für die Verwaltung ausländischer Hilfsgelder (darunter der verstärkte Einsatz staatlicher Systeme für Beschaffung, Verteilung, Implementierung, Berichterstattung, Überwachung, Buchführung und Prüfung). Ähnlich funktioniert das Gesundheitssektorprogramm (Health Sector Wide Approach), das seit 1999 mit nachweislichem Erfolg in Tansania eingesetzt wird.

Der Kapazitätsaufbau, der es Regierungen ermöglicht, diese Aufgaben zu übernehmen, selbst Rechenschaft abzulegen und externe Finanzierungspartner zur Rechenschaft zu ziehen, ist von kritischer Bedeutung für die Schaffung von Vertrauen und die Steigerung von Investitionen. Regelmäßige Fortschrittskontrollen sollten in erster Linie auf Landesebene durchgeführt werden. Hierbei muss im Rahmen gemeinsamer und koordinierter Anstrengungen auf dem aufgebaut werden, was heute in vielen Ländern bereits vorhanden ist, unter starker Betonung kontinuierlicher Ergebniskontrollen und unabhängiger Evaluierungen.

Alljährlich wird ein **informelles, globales Gesundheits- und Entwicklungsforum** stattfinden, das auf den Erfahrungen des IHP+ High-Level „Ministerial Review“ aufbaut. Teilnehmer sind alle 49 Länder (IHP+ und nicht-IHP+), die Hauptakteure im internationalen Gesundheitswesen, „Health 8“¹⁹, die Zivilgesellschaft, der private Unternehmenssektor sowie Länder, die in beträchtlichem Umfang internationale Entwicklungshilfe für Gesundheit bereitstellen. Ziel ist es, den Ländern und ihren Entwicklungspartnern, einschließlich der Zivilgesellschaft, Gelegenheit zu geben, den Fortschritt laufender Projekte, einschließlich der Empfehlungen der Taskforce²⁰, zu kontrollieren. Die WHO und die Weltbank sind bereit, in Zusammenarbeit mit dem OECD/DAC-Sekretariat einen jährlichen Bericht über die Fortschritte und Ergebnisse im Bereich Gesundheit, über die verfügbaren Ressourcen und ihre Verteilung sowie über die Arbeit der Partner vorzulegen.

¹⁸ Laut Definition der Weltbank sind „fragile Staaten“ Länder mit niedrigerem Einkommen, die im CPIA-Index einen Wert von 3,2 oder niedriger erreichen. Sie sind in vier Gruppen untergliedert: (1) fortdauernde Krise (z. B. Myanmar, Somalia, Simbabwe); (2) Post-Konflikt- oder politische Übergangsphase (z. B. Demokratische Republik Kongo, Liberia, Südsudan); (3) allmähliche Verbesserung (z. B. Burundi, Kambodscha) und (4) sich verschlechternde Regierungsführung (z. B. Elfenbeinküste). Die Listen werden jedes Jahr aktualisiert, d.h. sie stellen eine Momentaufnahme und keine permanente Klassifizierung dar.

¹⁹ Bill & Melinda Gates Foundation, GAVI-Allianz, Globaler Fonds, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, Weltbank.

²⁰ Dies würde auch den G8-Überwachungsprozess für Gesundheit einschließen.

4. Der Weg in die Zukunft

Beginn der Mobilisierung von Mitteln: Aus früheren Erfahrungen im Bereich der innovativen Entwicklungsfinanzierung konnten wichtige Erkenntnisse für die Implementierung gewonnen werden. Wichtig ist, dass die verschiedenen Empfehlungen politisch entsprechend unterstützt werden. Jede Initiative wird daher spezifisch von einem Land („Lead Country“) gefördert, das ihre Entwicklung vorantreibt und eine Gruppe von Partnern zusammenbringt, die die Ausweitung des Projekts unterstützen können. Damit die Empfehlungen erfolgreich umgesetzt werden können, ist eine gezielte Einbeziehung der Zivilgesellschaft in den Geber- und Empfängerländern erforderlich.

Wirtschaftliche Argumente für die Implementierung: Frühere Analysen bezifferten die Kosten, die im Rahmen eines essentiellen Versorgungspakets pro vermiedenem Todesfall anfallen, auf 9.000 US\$.²¹ Dies entspricht in etwa den in diesem Bericht genannten Kosten von 8.000–10.000 US\$ pro vermiedenem Todesfall. Bestimmte kostengünstige Interventionen mit hohem Nutzeffekt (wie beispielsweise Impfungen) haben möglicherweise ein bedeutend besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis. Geht man jedoch von einer breiten Palette von Interventionen aus, die auf die Bekämpfung der Hauptursachen einer Krankheitslast abzielen, so erscheinen die genannten Schätzungen plausibel. Die Vermeidung von Todesfällen wäre zudem nur einer von zahlreichen gesundheitlichen Nutzeffekten, die durch den Ausbau der Interventionen und die Gesundheitssystem-Plattform erzielt werden könnten.

Verbreitung von Wissen über innovative

Finanzierungsinstrumente: Personen, Gemeinschaften, Unternehmen und Regierungen, die an einer Unterstützung dieser Maßnahmen interessiert sind, benötigen aktuelle Informationen über innovative Finanzierungsmechanismen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in einkommensschwachen Ländern. Daher sollten die bisherigen Informationsbemühungen unter Führung der Vereinten Nationen²², der Regierung Frankreichs²³ und der Weltbank fortgesetzt werden, um das Wissen über die innovative Entwicklungsfinanzierung zu verbreiten.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, werden Expertengruppen technische Machbarkeitsstudien zu Abgaben auf Devisentransaktionen und zur Ausweitung der Tabaksteuer durchführen und die möglichen Konsequenzen einer Erweiterung der IFFIm untersuchen.



Eine Delegierte berichtet auf dem Konsultationstreffen in Johannesburg über das Ergebnis einer Arbeitsgruppensitzung

Einbeziehung neuer Entwicklungspartner: Zur Mobilisierung zusätzlicher Mittel ist auch ein verstärkter Dialog mit Ländern, Stiftungen und wohlhabenden Einzelpersonen erforderlich. Die Mitglieder der G8-Staaten verpflichten sich daher, sich um ein entsprechendes Engagement seitens der G20-Nationen, insbesondere solcher mit größeren Volkswirtschaften, zu bemühen.

Aufrechterhaltung der Dynamik: Dieser Bericht ist der Beginn eines Prozesses. Im Juli 2009 wird die Taskforce an die G8-Länder berichten. Zudem plant sie im Vorfeld der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2009 weitere Konsultationen und die Vorbereitung von Implementierungsplänen für die empfohlenen innovativen Finanzierungsmechanismen in Zusammenarbeit mit den betreffenden Interessenvertretern. Die erzielten Fortschritte werden von dem regelmäßigen Gesundheits- und Entwicklungsforum überwacht werden.

21 Weltentwicklungsbericht 1993

22 Unter Leitung des Sonderberaters des UN-Generalsekretärs für innovative Entwicklungsfinanzierung

23 Leading Group: <http://www.leadinggroup.org/rubrique20.html>



Anhang 1: Liste der einkommensschwachen Länder, Juli 2008

Land	Region ²⁴	IDA ²⁵	HIPC ²⁶
Afghanistan	Südasien	IDA ²⁵	HIPC ²⁶
Bangladesch	Südasien	IDA	
Benin	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Burkina Faso	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Burundi	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Kambodscha	Ostasien & Pazifik	IDA	
Zentralafrikanische Republik	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Tschad	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Komoren	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Kongo, Dem. Rep.	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Elfenbeinküste	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Eritrea	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Äthiopien	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Gambia	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Ghana	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Guinea	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Guinea-Bissau	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Haiti	Lateinamerika & Karibik	IDA	HIPC
Kenia	Subsahara-Afrika	IDA	
Korea, Dem. Volksrep.	Ostasien & Pazifik	..	
Kirgisistan	Europa & Zentralasien	IDA	HIPC
Laos	Ostasien & Pazifik	IDA	
Liberia	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Madagaskar	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Malawi	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Mali	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Mauretanien	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Mosambik	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Myanmar	Ostasien & Pazifik	IDA	
Nepal	Südasien	IDA	HIPC
Niger	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Nigeria	Subsahara-Afrika	IDA	
Pakistan	Südasien	Blend	
Papua-Neuguinea	Ostasien & Pazifik	Blend	
Ruanda	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
São Tomé und Príncipe	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Senegal	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Sierra Leone	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Solomon-Inseln	Ostasien & Pazifik	IDA	
Somalia	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Tadschikistan	Europa & Zentralasien	IDA	
Tansania	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Togo	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Uganda	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Usbekistan	Europa & Zentralasien	Blend	
Vietnam	Ostasien & Pazifik	IDA	
Jemen, Rep.	Naher Osten & Nordafrika	IDA	
Sambia	Subsahara-Afrika	IDA	HIPC
Simbabwe	Subsahara-Afrika	Blend	

4 Regionalcode der Weltbank

25 IDA: International Development Association

26 HIPC: Heavily indebted poor countries (hoch verschuldete arme Länder)

Anhang 2: Mitglieder der Taskforce und Arbeitsgruppen

Mitglieder der Taskforce

Premierminister Gordon Brown (Vereinigtes Königreich) (Co-Vorsitzender)
Robert Zoellick (Präsident der Weltbank) (Co-Vorsitzender)
Präsidentin Ellen Johnson-Sirleaf (Liberia)
Premierminister Jens Stoltenberg (Norwegen)
Tedros Adhanom Ghebreyesus (Gesundheitsminister, Äthiopien)
Bernard Kouchner (Außenminister, Frankreich)
Giulio Tremonti (Finanzminister, Italien)
Heidemarie Wieczorek-Zeul (Entwicklungsministerin, Deutschland)
Stephen Smith (Außenminister, Australien)
Margaret Chan (Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation)
Graça Machel (Präsidentin und Gründerin der Stiftung für Gemeindeentwicklung, Mosambik)
Shigeru Omi (Sonderberater des Außenministers, Japan)
Bert Koenders (Minister für Entwicklungszusammenarbeit, Niederlande)
Philippe Douste-Blazy (Sonderberater der UN-Generalsekretärs für innovative Entwicklungsfinanzierung) Sonderberater der Taskforce

Arbeitsgruppe I: Kosten und Einschränkungen

Julio Frenk Dekan der Harvard School of Public Health, Co-Vorsitzender
Anne Mills Leiterin des Bereichs Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Co-Vorsitzende
Edward Addai Head of Evaluation, Globaler Fonds
Flavia Bustreo Stellvertretende Direktorin, Partnership for Maternal and Newborn Child Health, WHO
Helga Fogstad Koordinatorin, Maternal and Newborn Child Health, Global Health and AIDS Department, NORAD
Elliot Harris UNO-Sonderversorger, Internationaler Währungsfonds
Brenda Killen Leiterin des Arbeitskreises Aid Effectiveness, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
Jacqueline Mahon Senior Policy Adviser, Gesundheitssysteme, UN-Bevölkerungsfonds
Martina Metz Referatsleiterin für Gesundheit und Bevölkerungspolitik, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)
Chris Murray Direktor, Institute of Health Metrics and Evaluation
Kampeta Pitchette Sayinzoga Referatsleiterin Makrowirtschaftspolitik, Ministerium für Finanzen und Wirtschaftsplanung, Regierung von Ruanda
Srinath Reddy Leiter, Public Health Foundation of India
Keizo Takemi Research Fellow, Harvard School of Public Health
Christine Kirunga Tashobya Public Health Adviser, Gesundheitsministerium/DANIDA, Kampala, Uganda
Rajeev Venkayya Direktor, Global Health Delivery, Bill & Melinda Gates Foundation

Arbeitsgruppe II: Generierung und Kanalisierung von Hilfsmitteln

Anders Nordström Generaldirektor, Schwedische Internationale Entwicklungsbehörde (SIDA), Vorsitzender
Alice Albright Chief Financial and Investment Officer, GAVI-Allianz
Christopher Egerton-Warburton Partner, Lion's Head Global Partners
David Evans Direktor, Gesundheitsfinanzierung und Sozialschutz, Weltgesundheitsorganisation
Rajat Gupta Ehemaliger Geschäftsführer, McKinsey & Company
Susan McAdams Direktorin, Multilaterale und innovative Finanzierung, Weltbank
Jay Naidoo Generalsekretär, Congress of South African Trade Unions (COSATU)
Kampeta Pitchette Sayinzoga Referatsleiterin Makrowirtschaftspolitik, Ministerium für Finanzen und Wirtschaftsplanung, Regierung von Ruanda
Ismael Serageldin Direktor der Library of Alexandria
Christine Kirunga Tashobya Public Health Adviser, Gesundheitsministerium/DANIDA, Kampala, Uganda

Schwerpunktbereiche

Andrew Steer,	Vereinigtes Königreich
Gavin McGillivray	
Julian Schweitzer	Weltbank
S. Tornolah Varpilah	Liberia
Tore Godal	Norwegen
Nejmudin Kedir	Äthiopien
Gustavo Gonzalez-Canali	Frankreich
Raffaella di Maro	Italien
Manfred Konukiewicz	Deutschland
Murray Proctor/Andrew Laing	Australien
Ian Smith	Weltgesundheitsorganisation
Josep Figueras	in Vertretung von Graça Machel
Shinichi Asazuma	Japan
Kitty van der Heijden	Niederlande

Sekretariat

Robert Fryatt, Justine Hsu	WHO
Nicole Klinge, Laura Coronel	Weltbank
Rob Ward, Julia Watson,	Vereinigtes Königreich
Sarah Beeching und	
Helena Lindborg	
Colleen Harris, Joanne McManus	Medien und Kommunikation
und Four Communications	



Hochrangige Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen



Hochrangige Taskforce für innovative internationale Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen