

Ute Wachendorfer

Sozialpolitik in Argentinien und Chile.

Analyse einer Wende im Zeichen der Militärdiktatur

Entgegen verbreiteten Vorstellungen von der Dritten Welt kann Lateinamerika durchaus mit einer Sozialpolitik aufwarten. Ein im Vergleich zu anderen Dritte-Welt-Regionen höherer Urbanisierungs- und Industrialisierungsgrad hat dazu beigetragen, daß der Staat in einigen lateinamerikanischen Ländern sehr früh Sozialpolitik als Aufgabe begriff. Chile, Argentinien und Uruguay verfügen beispielsweise über Sozialversicherungssysteme, die zu den ältesten des Kontinents zählen und zeitweilig sogar das Leistungsniveau der Industrieländer überschritten (Mesa Lago 1986). Der früh angelegte Wohlfahrtsstaat hielt freilich den ökonomischen und politischen Spannungen nicht stand. Er degenerierte zu einem Gewirr gleichsam ständischer Privilegien und war dem Druck derer ausgesetzt, die nach unten hin ausgegrenzt waren. Gegen Reformversuche progressiver Regierungen war dieses Sozialsystem beinahe immun, und es war kein Zufall, daß gerade in den lateinamerikanischen Ländern, in denen der Wohlfahrtsstaat vergleichsweise am meisten fortgeschritten war, die Auseinandersetzung um seine Zukunft am erbittertsten geführt wurde. Und auch die Errichtung repressiv-autoritärer Militärregime in Chile und Uruguay (1973) sowie Argentinien (1976) hängt damit zusammen, daß in keinem der drei Länder die ökonomische und politische Elite in der Lage war, das Sozialsystem zu einem Wohlfahrtsstaat westeuropäischen Typs auszubauen.¹

Die Militärdiktaturen in den drei südlichen Staaten Lateinamerikas gingen im Gegenteil gemäß der neoliberalen Krisendiagnose davon aus, daß sich der Staat mit wohlfahrtsstaatlichen Umverteilungsmaßnahmen gegen den einzig effizienten und Wirtschaftswachstum schaffenden Verteilungsmechanismus, den Markt, versündigt habe und daß es gelte, den Wohlfahrtsstaat abzubauen.

Die Schlagkraft ihrer Argumente erhöhte sich durch die Fähigkeit der neuen Machthaber zu fast unbegrenzter Repression. Wenn eine Regierung solche Machtmittel in Händen hat, muß ihr da nicht die Durchsetzung ihres Programms gelingen? Oder verfügt das Sozialsystem auch in Entwicklungsländern über eine Eigendynamik, die solches erschwert?

Die folgende Analyse fragt genau danach. Welcher Erfolg war den Militärregime in Argentinien und Chile beim Umbau eines zentralen Sozialsystems, des Gesundheitswesens, beschieden? Welche Hindernisse stellten sich der bewaffneten Macht entgegen, und wie sah das Ergebnis ihrer Politik aus? Hierbei geht es nicht nur um Restriktionen staatlichen Handelns in der Dritten Welt, sondern auch um Funktion, Entwicklung und Grenzen von Sozialpolitik in Entwicklungsländern. Denn die südlichen Staaten Lateinamerikas sind paradigmatische Fälle für das Problem von Sozialpolitik in der Dritten Welt.

Die Analyse² gliedert sich in fünf Abschnitte. Im ersten werden die Besonderheiten und Strukturmerkmale des chilenischen Gesundheitssystems, wie sie sich bis zum Sturz der Regierung Allende 1973 entwickelt hatten, dargestellt, im zweiten die wichtigsten Veränderungen seit dem Putsch skizziert. Im 3. und 4. Abschnitt erfolgt dieselbe Untersuchung für Argentinien, vor und nach dem Staatsstreich 1976. Im 5. Abschnitt werden die aus den Fällen

Chile und Argentinien abgeleiteten Hypothesen über die Gesundheitspolitik repressiver Militärregime mit neoliberaler Wirtschaftsphilosophie zusammenfassend vorgestellt und mit einem Blick auf andere lateinamerikanische Länder diskutiert.

1. Chile: Das Gesundheitswesen vor dem Militärputsch 1973

Das chilenische Sozialversicherungssystem und speziell das Gesundheitswesen waren im lateinamerikanischen Vergleich herausragend, sowohl was die Aufwendungen als auch was die Leistungsfähigkeit betrifft. Der Staat gab für soziale Sicherheit weit mehr aus als im lateinamerikanischen Durchschnitt, in den sechziger Jahren sogar am meisten in der ganzen Region. 1970 erreichten die staatlichen Sozialausgaben in Chile den Höhepunkt mit etwa 17 % des Bruttoinlandprodukts (BIP), sanken nach der neoliberalen Wende auf rund 9 % ab und stiegen danach wieder leicht an (1979: 11 %). Selbst Kuba, das während der genannten Periode den 2. Rang bei den Sozialausgaben einnahm, erreichte mit Chile erst Ende der siebziger Jahre annähernd Gleichstand (Mesa-Lago 1983: 60 f.). Berechnungen anhand der stark von den Angaben Mesa-Lagos abweichenden vom IWF ausgewiesenen Staatsausgaben in den siebziger Jahren weisen ebenfalls auf besondere sozialpolitische Anstrengungen Chiles hin (vgl. Tab. 2-5 im Anhang). Auch der Umverteilungseffekt war beim chilenischen Sozialversicherungssystem — aus dem Teile der Gesundheitsausgaben finanziert werden — günstiger als in anderen lateinamerikanischen Ländern: Werden in der Regel die Besserverdienenden auf Kosten der Ärmern privilegiert (Mesa-Lago/Isuani 1981; Malloy/Borzutzky 1982; Malloy 1983), so bescheinigen Studien dem chilenischen System einen leichten progressiven Umverteilungseffekt (Foxley/Aninat/Arellano 1976; Arellano 1980: S. 128; Mesa-Lago 1983: S. 33).

Das Gesundheitswesen verfügt nach Expertenurteil in Chile über eine große Reichweite — nahezu die gesamte Bevölkerung —, gute Organisation und Effizienz. Allgemein wird dabei die führende Rolle des staatlichen »Nationalen Gesundheitsdienstes« (SNS) hervorgehoben. Der SNS war zugleich Krankenversicherung für Arbeiter, Träger präventiver und kurativer medizinischer Leistungen in eigenen Einrichtungen, ausführendes Organ staatlicher Gesundheitsprogramme sowie Anbieter kostenloser medizinischer Leistungen für unversicherte Arme.

Diese Zentralisation von gesundheitspolitischen Kompetenzen und Ressourcen in einer Behörde hat es erlaubt, Impfkampagnen und Ernährungsprogramme sowie ärztliche Leistungen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen wie Mutter und Kind landesweit zu organisieren; der SNS hat wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung beigetragen, ein Befund (Medina 1979: S. 111-112; Foxley/Raczynski 1984: S. 234), der durch den Rückgang der Kindersterblichkeitsrate bestätigt wird: Starben 1960 noch 119 von 1000 lebendgeborenen Kindern, ehe sie das erste Lebensjahr vollendeten, so sank diese Zahl 1973 auf 71 (vgl. Tab. 1 im Anhang). Unter acht vergleichbaren Ländern war Chile damit vom vorletzten zum zweitbesten Rang aufgerückt. Bei allen Errungenschaften des chilenischen Gesundheitssystems darf aber nicht übersehen werden, daß es auch schwerwiegende Mängel besaß. Seine Leistungen waren regional und sozial höchst ungleich verteilt, was die Stadtbevölkerung gegenüber der Landbevölkerung und die Angestellten gegenüber den Arbeitern privilegierte.

Die Stärken und Schwächen des chilenischen Gesundheitswesens vor 1973 sind das Ergebnis einer Entstehungsgeschichte, für die vor allem drei Merkmale prägend waren. Das Gesundheitssystem in Chile war effizient und fortgeschritten, weil sein Grundstein früh gelegt wur-

de, weil die Ärzte sich über ihre Standesorganisation stark an der Gesundheitspolitik beteiligten, und weil in Chile Gesundheitspolitik wie andere staatliche Politikbereiche auch an dem von der Gesellschaft mehrheitlich akzeptierten Gleichheitspostulat gemessen wurde. Andererseits haben gerade die genannten drei Faktoren Ungleichheit, Immobilismus und Polarisierung hervorgebracht.

1. So wie Bismarck in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit seiner Sozialgesetzgebung die deutsche Arbeiterbewegung in das Kaiserreich integrieren und vom Einfluß der Sozialdemokratie lösen wollte, reagierte auch die chilenische Oberschicht vier Jahrzehnte später auf den wachsenden Druck einer gut organisierten, kämpferischen Arbeiterbewegung mit sozialpolitischen Zugeständnissen. Um die Arbeiter vom Ziel einer radikalen Umgestaltung der Gesellschaft abzubringen, milderte die bürgerliche Reformregierung Alessandri, gegen die widerstrebende Oligarchie, von den Streitkräften unterstützt, die schlimmsten Auswirkungen eines ungezügelter Kapitalismus. Die Arbeiter galten nicht nur als politisch bedrohlich, sondern auch als sozial schwächste Gruppe der Bevölkerung, hatten sie doch in der Regel den Schutz ländlich-»vorkapitalistischer« Bindungen und jegliches Eigentum eingebüßt. Mit der 1924 gegründeten Obligatorischen Arbeiterversicherungskasse — der ersten Sozialversicherung Lateinamerikas — erhielten die Arbeiter u.a. eine Krankenversicherung. Sie wurde aus lohnbezogenen Beiträgen der Arbeiter und Unternehmer sowie staatlichen Zuschüssen finanziert. Durch die neue Kasse privilegierte der Staat die Arbeiter gegenüber den Angestellten, deren Einkommen eine eigenständige Vorsorge für den Krankheitsfall erlaubte. Für die Angestellten wurden Zwangssparversicherungen eingerichtet, die ohne staatliche Zuschüsse auskommen mußten und nur selektive Leistungen anboten. Das Kalkül der Regierung Alessandri, durch sozialpolitische Zugeständnisse die Arbeiterklasse zu kooptieren, ging jedoch ähnlich wie im Deutschen Reich nicht auf: einerseits machten die Angestellten den Arbeitern die neugewonnenen Vorteile bald streitig, andererseits verzichtete die chilenische Arbeiterklasse nie auf einen eigenständigen politischen Ausdruck, was sich in der engen Verbindung der Gewerkschaften mit den Arbeiterparteien zeigte.

2. Schon bei der Gründung der Obligatorischen Arbeiterversicherungskasse 1924 hatten Ärzte federführend mitgewirkt; in den folgenden Jahrzehnten traten die chilenischen Ärzte für eine Zentralisierung des Gesundheitswesens ein, um Vorsorge und Behandlung landesweit koordinieren und eine gezielte Gesundheitspolitik durchführen zu können. Ganz uneigennützig war dieses Engagement nicht, denn eine solche Superbehörde bedeutete bessere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, krisensichere Arbeitsplätze mit stetiger, wenn auch geringer Bezahlung, und die Erschließung eines neuen Patientenreservoirs.

Der wichtigste Schritt auf dem Weg zu einer Zentralisierung des Gesundheitssystems war die Gründung des eingangs erwähnten »Nationalen Gesundheitsdienstes« SNS 1952. Seine Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung wuchs schnell an: 1968 wickelte der SNS 61 % der gesamten ambulanten Behandlungen und 86 % der Krankenhausaufenthalte ab (Rodriguez 1976: S. 79), außerdem koordinierte er Vorsorgemaßnahmen für die gesamte Bevölkerung. Mitte der 60er Jahre zeigte sich aber, daß der SNS dennoch nicht genügte, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Formal konnten seine Leistungen nur Arbeiter (aufgrund ihrer Versicherung) und nichtversicherte Arme (dank Staatszuschuß) in Anspruch nehmen. Aber mittlerweile bedienten sich auch Angestellte, die eigentlich als Privatpatienten vorgesehen waren, des SNS. Der Grund dafür war in den gestiegenen Medizinkosten und Veränderungen des Angestelltenstatus' zu sehen. Es gab immer

mehr Angestellte, die kaum mehr als ein Arbeiter verdienten. Der SNS wurde durch den Patientenzuwachs überlastet, und die Arbeiter gerieten gegenüber den besserzahlenden Angestellten ins Hintertreffen, so daß sich für sie der Service verschlechterte. Eine gute Lösung wäre gewesen, einfach die SNS-Kapazitäten zu erweitern und den Angestellten auch formal Zugang zum staatlichen Gesundheitsdienst zu verschaffen, ohne daß Arbeiter und arme Familien benachteiligt würden. Entsprechende Forderungen der Gewerkschaften und der unteren Ränge des Gesundheitspersonals konnten sich aber nicht gegen den Ärzteverband und die Mittelschichten durchsetzen, die eine eigene Angestellten-Krankenkasse bevorzugten. Davon erhofften sich die Ärzte eine Einkommensverbesserung und Mittelschicht-Patienten eine gehobene Gesundheitsversorgung. Die Angestellten erhielten 1968 durch ein Gesetz der Regierung Frei ihre eigene Versicherung (SERMENA). Die Aufteilung der Medizin in Arbeiter- und Angestelltenversorgung, die ursprünglich zugunsten der Arbeiter eingeführt worden war, entwickelte sich dadurch zu deren Nachteil; denn der Nationale Gesundheitsdienst stellte seine Krankenhäuser SERMENA-Patienten zur Verfügung, ohne daß er dafür finanziell ausreichend entschädigt wurde. Die Arbeiter wurden doppelt geschädigt: mit ihren Beiträgen subventionierten sie die Angestelltenkasse, und in den Krankenhäusern zog man ihnen die Angestellten-Patienten vor. Der starke Einfluß des Ärzteverbandes hatte also die Ungleichheiten vermehrt.

3. Die dritte Besonderheit bei der Entwicklung des chilenischen Gesundheitswesens ist, daß in Chile jahrzehntelang ein gesellschaftlicher Konsens darüber bestand, daß Ungleichheit abgebaut werden müsse und daß der Staat soziale Verantwortung trage. Die Ungleichheit im Gesundheitswesen hat Allende, Arzt und von 1970 bis 73 Präsident, so charakterisiert: »Die auf Gewinnstreben ausgerichtete Ökonomie reflektiert sich auch im Gesundheitswesen. Die Medizin wird im wesentlichen kurativ betrieben, während Vorsorge und Rehabilitation nur auf dem Papier stehen. Diese diskriminierende Situation im Gesundheitswesen und ihr Klassencharakter zeigen sich klar in der Verteilung der Ressourcen. 60 % werden vom privaten Sektor verausgabt, der kaum 25 % der Bevölkerung erreicht. Die übrigen 40 % bleiben dem öffentlichen Sektor zur Verfügung, der mehr als 75 % der Bevölkerung versorgen muß.« (Allende: Primer Mensaje Presidencial, 1971, zit. n. Morales 1981: S. 69). Institutionell sah die von Allende kritisierte Struktur so aus, daß 60 % der Bevölkerung über den SNS, 20 % über SERMENA, 10 % als Privatpatienten und 4,5 % in Sondereinrichtungen der Streitkräfte medizinisch versorgt wurden (Rodríguez 1976: S. 79). Dazu kamen die regionalen Disparitäten. 1971 lebten drei Viertel der Chilenen in Städten. Sie gaben pro Kopf und Jahr viermal so viel für Gesundheit aus (38 \$) wie die Landbevölkerung. In der Hauptstadt Santiago mit einer Einwohnerzahl von 30 % der Gesamtbevölkerung hatten sich 60 % der Ärzte niedergelassen (Navarro 1974: S. 101).

Versuche der Regierungen Frei und Allende (1964-1970 und 1970-1973), das Gesundheitswesen zugunsten ärmerer Bevölkerungsgruppen umzubauen und Arbeiter- und Angestelltenmedizin zu integrieren, scheiterten am Widerstand von Ärzteverband und Mittelschichten. So beschränkten sich die Reformregierungen darauf, den Nationalen Gesundheitsdienst stärker auf die Primärversorgung auf dem Land und in den Elendsvierteln auszurichten, die Gesundheitsausgaben des Staates zu erhöhen, und die Mitwirkung der Gemeinden zu fördern sowie Mitspracherechte für Krankenschwestern und Pfleger in den Hospitälern einzuführen. Allein diese graduellen Veränderungen riefen ungeheure Widerstände hervor, verschlechterten sich doch die Arbeitsbedingungen der Ärzte. Außerdem befürchteten sie die Abschaffung der Privatmedizin. Im Gesundheitssektor eskalierten die Gegensätze zwischen Anbietern

und Nutzern, zwischen Nutzern erster und zweiter Klasse, zwischen Anbietern höherer Rangstufe und untergeordnetem Personal. 1973 wurde der Gesundheitsbereich von der allgemeinen politischen Polarisierung erfaßt. Das Colegio Médico schloß den Arzt Allende aus dem Berufsverband aus und sandte den putschenden Militärs ein Glückwunschtelegramm (Navarro 1974: S. 94). Die frühe Einführung, der Einfluß der Ärzte und das Gleichheitspostulat hatten zu unüberwindbaren Widersprüchen geführt und die Grenzen des Wohlfahrtsstaats in Entwicklungsländern gezeitigt. Die Militärdiktatur war auch eine Folge dieser Sackgasse.

2. Chile: Die Gesundheitspolitik der Militärs

Als die Militärs im September 1973 gegen die Regierung Allende putschten, hatten sie, wie ihre Kollegen in Uruguay und drei Jahre später in Argentinien, ein klares politisches Projekt: ein für allemal mit dem historischen Entwicklungstrend zu brechen, der auf Importersatzindustrialisierung und Binnenmarkterweiterung ausgerichtet war und ein hohes Maß an Staatsintervention vorausgesetzt hatte, um die aufstrebende einheimische Industrie gegen ausländische Konkurrenz zu schützen, die Kaufkraft der Bevölkerung zu schützen sowie sozialen Frieden durch Elemente eines Wohlfahrtsstaats zu schaffen. Dieses Ziel der Militärs verband sich besonders konsequent in Chile mit der ökonomischen Doktrin der Neoliberalen, der Chicago-Boys. Daraus ergaben sich für die Wirtschaftspolitik vier Hauptziele: kurzfristig sollten durch Stabilisierungsmaßnahmen die Inflation unter Kontrolle gebracht, das Staatshaushaltsdefizit bereinigt, die Preisgestaltung dem Markt überlassen und der Außenhandel von staatlichen Kontrollen, Einfuhrzöllen usw. befreit werden; zweitens sollte der Einfluß der Arbeiter- und Angestelltenorganisationen auf Politik und Wirtschaft gebrochen werden, weshalb die Arbeitsgesetzgebung außer Kraft gesetzt und die Reallöhne gesenkt wurden. Drittens ging es langfristig um den Aufbau eines neuen Entwicklungsmodells, das u.a. auf exportorientiertem Wachstum, der Entwicklung privater Finanzmärkte und dem Rückgang der Staatsintervention beruhte. Und schließlich wollten die Militärs eine Umverteilung zugunsten des privaten kapitalistischen Sektors in Gang setzen, von dessen Initiative in einer freien Marktwirtschaft sie sich einen dynamischen Wachstumsschub erhofften (Foxley 1980).

Wie setzte sich die neoliberale Wirtschaftspolitik in der Sozialpolitik um? Allgemein richtete sich die Sozialpolitik der Militärs nach den Prinzipien Subsidiarität des Staates, Sozialleistungen nur für wirklich Bedürftige, Bezahlung der Produktionsfaktoren nur nach Maßgabe ihrer Produktivität. Die Pinochet-Regierung versuchte diesen Prinzipien Geltung zu verschaffen, indem sie das Sozialsystem dezentralisierte und auf direkte Bezahlung von Leistungen hin orientierte. Beides wollte man dadurch erreichen, daß man die Sozialdienste an private Träger übergab, die für einen klar definierten Berechtigtenkreis Leistungen gegen staatliche Vergütung übernehmen. Am Ende sollte der Staat die Aufgabe, soziale Dienstleistungen zu erbringen, vollkommen an die Privatwirtschaft abgeben, die sie zu ihren »realen Kosten« anbietet. Auf diese Weise, so meinten die Planer, werde Effizienz erzielt und die private Investition im Sozialbereich angeregt. Bis dieser Idealzustand erreicht sein würde, wollte die Regierung ein soziales Netz für Familien, die in extremer Armut lebten, bereit halten. Diese »Notfunktion« sollte Arbeitslosenunterstützung, Kindergeld für Kinder unter 8 Jahren, Basisleistungen für Erziehung, Gesundheit und Ernährung sowie Sozialhilfe-Renten umfassen.

a) Sparpolitik

Im Sinne dieses reduzierten Verständnisses von Sozialpolitik kürzte die Militärregierung unter anderem auch die Gesundheitsausgaben. Deren BIP-Anteil wurde schrittweise verringert, am stärksten 1975/76. Parallel dazu sank der Anteil der Gesundheitsausgaben am Zentralstaatshaushalt; damit kehrten die Militärs einen historischen Trend um, denn seit 1969 waren die staatlichen Gesundheitsausgaben gestiegen. Erst 1978 erreichten die Gesundheitsausgaben wieder das Niveau von 1970, was im Verhältnis zur Einwohnerzahl eine Verschlechterung um 13 % bedeutete (Marshall 1981). Dasselbe Muster — scharfer Einschnitt 1975/76, Rückgang und gegen Ende der 70er Jahre allmähliche Erholung — zeigen auch die Staatsquote und die Sozialausgaben (vgl. Tab. 2). Innerhalb des Gesundheitsbudgets ging die Umschichtung vornehmlich zu Lasten der Investitionen, die 1979 auf ein Fünftel ihres ursprünglichen Anteils von 1970 geschrumpft waren. Die Personalausgaben, traditionell etwa 80 % des sektoralen Budgets, wurden ebenso wie die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen 1975-76 stark gesenkt, kletterten aber gegen Ende der 70er Jahre wieder auf ihr Ausgangsniveau. Die Transferzahlungen (Staatszuschüsse an SNS und SERMENA) stiegen um 44 % an (vgl. Tab. 6). Die Ausgabensenkungen waren offenbar politisch schnell durchzusetzen, mußten aber mittelfristig zum guten Teil zurückgenommen werden.

b) Resistenz gegen Strukturveränderungen

Die Militärs hatten im Gesundheitsministerium und im Ärzteverband neue Leitungen eingesetzt, welche die Auffassung vertraten, die Gesundheitsversorgung müsse vollends der Privatwirtschaft überlassen und der staatliche Gesundheitsdienst aufgelöst werden. Die Ärzte wiederum waren von der Notwendigkeit einer Umstrukturierung des Gesundheitswesens überzeugt, traten aber entschieden für eine Beibehaltung des SNS ein. In einem Entwicklungsland wie Chile, argumentierten sie, in dem zwei Drittel der Bevölkerung ihre Gesundheitsversorgung nicht selbst finanzieren konnten, könne man ein Gesundheitssystem nicht nach Angebot und Nachfrage ausrichten. Daher plädierten die Ärzte für ein gemischtwirtschaftliches System unter staatlicher Vorherrschaft. Das Gewicht des Ärzteverbands genügte, um abgesehen von Einsparungen und Gehaltskürzungen bis 1978 dramatische Veränderungen vom Gesundheitssektor abzuwenden; Rückendeckung erhielten die Ärzte von dem für Sozialpolitik zuständigen Oberkommandierenden der Luftwaffe, Leigh, ein der Tradition verpflichteter Militär, der dem Gesundheitsbereich Spielräume gegenüber der globalen Wirtschaftspolitik verschaffte. Dies änderte sich 1978/79, als Leigh aus der Regierung auszog. Da der Ärzteverband überdies von einer Korruptionsaffäre betroffen war, nutzten die Militärs die Gunst der Stunde und stellten das Colegio Médico kalt. Sein Vertretungsmonopol für die Ärzteschaft wurde abgeschafft und die Festsetzung eines Mindesttarifs für ärztliche Leistungen gekündigt.

c) Neue Regeln für den Nationalen Gesundheitsdienst

Der Weg zu einem Umbau des Gesundheitssystems war frei. Ein erstes Maßnahmenbündel sollte den nationalen Gesundheitsdienst zu mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit veranlassen. Deshalb traten die Abrechnungsmodalitäten der SNS-Einrichtungen für den Staatszuschuß, zuvor in erster Linie auf Vorsorgeprogrammen und hygienischen Kontrollen basie-

rend, um zugunsten tariflich bewerteten ärztlichen Leistungen in den Hintergrund. So hoffte man die Anbieterseite zu einem stärker gewinnorientierten Verfahren zu bewegen, während man auf der Nachfrageseite durch die Ausgabe von Krankenscheinen die Patienten befähigte, unter den SNS-Einrichtungen auszuwählen. Die möglichen Auswirkungen dieser Maßnahmen sind zwiespältig; einerseits ist es denkbar, daß der stets wegen seines bürokratischen Stils kritisierte Krankenhausapparat dadurch patientenfreundlicher wurde. Andererseits hat die neue Finanzierungsart möglicherweise dazu geführt, daß die ärztlichen Handlungen weniger vom Krankheitsbild des Patienten als von ihrer tariflich festgelegten Rentabilität bestimmt werden. Ganz sicher hat der Abbau der Programmfinanzierung der Gesundheitsvorsorge (Verbesserung von Umwelt- und Ernährungsbedingungen etc.) geschadet. Breit angelegte Vorsorgeprogramme wurden, wie das Colegio Médico kritisiert, nur noch zur Verbesserung der international beachteten Gesundheitsindikatoren durchgeführt.

d) Sonderprogramme

In einem Punkt haben die Militärs Kontinuität gewahrt und die Anstrengungen ihrer Vorgänger weitergeführt. Die seit Jahrzehnten bestehenden Sonderprogramme — Ausbau der Primärversorgung für Mutter und Kind, Abbau regionaler Ungleichheit bei der Verteilung medizinischer Ressourcen — wurden beibehalten, die Reichweite medizinischer Versorgung verbessert. Dies erreichte die Regierung teils durch Neueinstellungen: von 1973-79 verdoppelte sich die Zahl der Hebammen, das Pflegepersonal wurde um 27 %, ärztliche Geburtshilfe um 33 % erhöht, teils durch eine Verringerung der Arztdichte in Santiago um 12 % und den verstärkten Einsatz von Ärzten in der Provinz; und schließlich durch Rationalisierungen: die Krankenhausbetten pro Einwohner gingen 1979 gegenüber 1970 um 13 % zurück, dennoch stieg die Zahl der Krankenhausaufenthalte um mehr als 10 %, was durch eine kürzere Verweildauer ermöglicht wurde (Oyarzo 1983).

Ein weiteres Sonderprogramm zur Ernährung von Müttern und Kindern existierte seit den 30er Jahren und war von den Regierungen Frei und Allende ausgeweitet worden. Auch dieses Programm übernahmen die Militärs, mit einer Veränderung: die Milchspeisungen wurden nun selektiver und zugleich nährstoffreicher durchgeführt. Da das Problem der Unterernährung vor allem bei Kindern unter 6 Jahren auftrat, wurden die älteren Kinder von der Milchzuteilung ausgenommen. Um die Unterernährung gezielt zu bekämpfen, wurde der Kaloriengehalt der Milchspeisung durch Anhebung des Fettgehalts in der Trockenmasse von 12 % auf 26 % erhöht. Die gezielte Unterstützung von Müttern und Kindern dürfte, zusammen mit einem zyklischen Rückgang der Geburtenrate ausschlaggebend für die gute Performanz Chiles bei der Säuglingssterblichkeit gewesen sein (Foxley/Raczynski 1984). Trotz Rezession, Reallohnrückgang, Anstieg der Arbeitslosigkeit und Kürzung der Gesundheitsausgaben gelang es, die Säuglingssterblichkeit weiter von 71 pro 1000 1973 auf 27 pro 1000 1982 zu senken. Der selektive Erfolg der Gesundheitspolitik bedeutet aber auch, daß in Chile die Säuglingssterblichkeitsrate aufgehört hat, ein Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu sein. Dieser hat sich im Gegenteil verschlechtert: zwar sank die Sterberate von 1968 bis 1978 um 8,3 %, aber die Zahl der ansteckenden Krankheiten (v.a. Masern, Typhus, Hepatitis) nahm zu, was auf unhygienische Wohnverhältnisse und die Verarmung der Bevölkerung zurückzuführen ist (Foxley/Raczynski 1984; Medina/Kaempffer 1982).

Auch die regionalen Gefälle bei den Krankheits- und Sterberisiken der Bevölkerung haben, trotz der gleichmäßigeren Verteilung der medizinischen Ressourcen, nicht ab-, sondern zu-

genommen (Oyarzo 1983: S. 20). Schließlich bleibt zu bedenken, daß die gemachten Fortschritte auf Kosten der Substanz des staatlichen Gesundheitsdienstes gehen, da die Investitionen vernachlässigt werden.

e) 1979/80: die eigentliche Wende

Erst gegen Ende des Jahrzehnts setzte die Militärregierung bedeutende Strukturveränderungen im Gesundheitswesen durch. Mehr Markt im medizinischen Bereich sollte durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Per Dekret 2.575 vom April 1979 wurde der bisher bestehende Zusammenhang zwischen Art und Ort der Behandlung sowie Kassenzugehörigkeit aufgehoben. Arbeiter hatten nun das Recht, gegen eine Eigenbeteiligung von mindestens 50 % des staatlich festgelegten Tarifs Privatpraxen oder SERMENA-Vertragsärzte aufzusuchen. Umgekehrt durften Angestellte alle SNS-Einrichtungen gegen Bezahlung der dort festgesetzten Summe nutzen. Um private Investitionen im Gesundheitsbereich zu ermutigen, wurde die Zahl der SERMENA-Vertragsärzte ausgeweitet und die Zusammenarbeit Privater mit der gesetzlichen Krankenkasse durch eine 50%ige Beitragserhöhung attraktiver gemacht. Die Ärzte hatten gegen dieses Gesetz Widerstand geleistet, denn im Gegensatz zur Regierung, die innerhalb von 2 Jahren einen Zuwachs für die private Medizin auf Kosten des SNS in Höhe von 1,4 Millionen ärztlichen Handlungen prognostizierte, befürchteten die Ärzte eine umgekehrte Patientenwanderung. Angesichts der Wirtschaftskrise erschien es ihnen wahrscheinlicher, daß die Angestellten den SNS nutzen als daß die Arbeiter die Privatmedizin in Anspruch nehmen würden. Das Gesetz bewirke die »Sozialisierung der Medizin« ganz im Sinne der Unidad Popular, empörte sich das Ärztegremium.

2. Ein weiteres Maßnahmenbündel sollte die Alternative zur Privatmedizin unattraktiver machen. Schon der Sparkurs hatte eine Verschlechterung der SNS-Dienstleistungen nach sich gezogen, nun wurde der Nationale Gesundheitsdienst mit dem Dekret 2.763 vom Juli 1979 in drei Kompetenzbereiche — Planung, Durchführung, Finanzierung — aufgespalten. Die Durchführung wurde nochmals in 27 lokale Behandlungszentren aufgesplittert. Ab 1981 förderten die Militärs weiter die Übergabe von Basiseinrichtungen des SNS an die Gemeinden, die außerdem befugt waren, die Einrichtungen an private Anbieter zu übertragen.

3. Als rein privatwirtschaftliches Element führten die Militärs 1981 private Krankenversicherungen (ISAPRES) ein. Nach dem Dekret 3.626 hatten die Arbeitnehmer die Wahl, ihre Krankenversicherungsbeiträge weiterhin dem staatlichen Gesundheitsdienst bzw. dessen finanziellem Arm zu entrichten oder einer ISAPRE beizutreten. Die Entscheidung für eine Privatversicherung wurde durch eine Reihe von Anreizen erleichtert, die aber nur für Besserverdienende mit kleinen Familien in Frage kam. Sozialpolitisch bedeutet dies, daß die progressive Umverteilungswirkung des staatlichen Gesundheitsdienstes in Frage gestellt wurde, da ihm nur die »schlechten Risiken« mit niedrigen Beiträgen blieben. Das durch die Einführung einer Privaten Krankenversicherung programmierte Defizit beim SNS wird auf 12 % im günstigsten Fall und 28 % im ungünstigsten Fall geschätzt (Arellano/Sáez 1981: S. 30).

Sollten sich die Prognosen über die Folgen der Privatisierung in der Krankenversicherung bewahrheiten — für die Rentenversicherung sieht es ähnlich aus — dann käme am Ende statt weniger mehr Staat heraus; der Staat müßte mehr für die Versorgung derjenigen einspringen, die auf Hilfe angewiesen sind, ohne über die Versicherungsbeiträge der Wohlhabenderen zu verfügen. Ein wahrhaft origineller, »marktwirtschaftlicher« Weg zum Sozialismus (so Zahler 1983).

3. Argentinien: Das Gesundheitswesen bis zum Putsch 1976

Im Einwandererland Argentinien stellte sich das Problem der Gesundheitsversorgung früher und dramatischer als in Chile, grassierten doch in den Massenquartieren der Einwanderer alle möglichen Krankheiten. Ein nationales Gesundheitssystem chilenischen Typs ist dort aber nie entstanden; die Gesetzgebung blieb fragmentarisch; systematische Datenerhebungen gibt es erst ab 1980. Das argentinische Gesundheitswesen verblüfft auch durch ein offenkundiges Mißverhältnis von Aufwand und Ertrag. Obwohl die (privaten und öffentlichen) Gesundheitsausgaben gestiegen sind (Neri 1983: S. 131), obwohl die Einwohner—Arzt- und die Einwohner—Betten-Relation für lateinamerikanische Verhältnisse ungewöhnlich günstig sind (s. Tab. 7), ist das Gesundheitswesen bemerkenswert ineffizient. Dies drückt sich in einer Fehlverteilung und Vergeudung von Ressourcen (Neri 1983: S. 124 f.) und im vergleichsweise langsamen Fortschritt bei der Senkung der Kindersterblichkeit aus (vgl. Tab. 1).

Die Ursachen für diese Mängel liegen in drei Faktoren begründet: Erstens hat der föderalistische Konflikt zwischen Buenos Aires und den anderen Provinzen staatliches Handeln im Gesundheitsbereich immer beschränkt. So scheiterten beispielsweise geplante Datenerhebungen über die Gesundheitsressourcen im ganzen Land am Widerstand von Provinzen und Gemeinden, die medizinische Einrichtungen in eigener Regie betreiben. Zweitens hat sich der wiederholte Wechsel zwischen interventionistisch-populistischen Regierungen und solchen orthodox-monetaristischer Prägung auf den öffentlichen Gesundheitssektor so ausgewirkt, daß er bald ausgebaut und zentralisiert, bald abgebaut und dezentralisiert wurde. Die Stop-and Go-Policy verhinderte offenbar auch das Entstehen eines mächtigen Ärzteverbands: Ärzte arbeiteten in öffentlichen Krankenhäusern ohne staatliche Vergütung, bis Perón neben der Aufstockung des Gesundheitsetats und der Aufwertung des Gesundheitsministeriums auch die in Staatskrankenhäusern tätigen Ärzte mit Gehältern versah (Heussen 1980). Eine andere mögliche Pressure-Group für den Ausbau des staatlichen Gesundheitsdienstes, die Gewerkschaften, hatten dank Peróns Politik Sonderinteressen im Gesundheitswesen. Drittens sollten Peróns wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen die Arbeiterklasse umwerben und die binnenmarktgerichtete Industrialisierung unterstützen. Neben dem Ausbau der staatlichen Sozialpolitik wandte sich Perón direkt an die Arbeiterorganisationen, um sie zu verpflichten. Mit dem Berufsverbandsgesetz schuf er die gesetzlichen Grundlagen dafür, daß die alten Arbeiter-Mutualgesellschaften als »OBRAS SOCIALES« (Sozialwerke) fortbestanden, nun unter Kontrolle der Gewerkschaften. Diese durften eine eigene Krankenversicherung aufbauen, die durch tariflich ausgehandelte Unternehmerbeiträge und obligatorische Mitgliedsbeiträge der Arbeitnehmer finanziert wurden. Für die Gewerkschaften war die Kontrolle über die Versicherungsgelder ein wichtiges Machtmittel, und das gewerkschaftliche Ansehen wurde nicht zuletzt davon bestimmt, welche Leistungen eine Organisation ihren Mitgliedern anbieten konnte. Dies trug zu einer Politisierung des Gesundheitswesens bei, die seiner Effizienz oft abträglich war.

3.1 Die Struktur

Bis zum Militärputsch 1976 hatte sich im argentinischen Gesundheitssektor folgende Struktur entwickelt, die allerdings nur mit den Daten für 1980 belegt werden kann:

a) *Der öffentliche Sektor* verwaltete rund 42 % der Krankenhäuser und 63 % der Bettenkapazität (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente 1980). Ende der 60er Jahre verfügte er

noch über die bestausgestatteten Kliniken des Landes und war auch für Arbeiter und Angestellte attraktiv, seit der 2. Hälfte der 70er Jahre kehrte sich dieser Trend zugunsten privater Kliniken um (Neri 1983).

b) *Der private Sektor* war 1980 schon auf 31 % der Bettenkapazität angewachsen; die Expansion ging mit Veränderungen bei den Anbietern ärztlicher Leistungen einher: kommerzielle Privatkliniken und Privatversicherungen verdrängten immer mehr frei praktizierende Ärzte (Neri 1983). Eine ökonomische Schranke für die weitere Ausweitung privater Investitionen im Gesundheitssektor war die wirtschaftliche Verelendung der Bevölkerung bis hinein in die Mittelschichten, eine Folge der Wirtschaftspolitik der Militärs. Die privaten Gesundheitsunternehmen blickten daher begehrtlich auf die Kassen der Sozialwerke.

c) *Die Sozialwerke* waren die Gelenkstelle im argentinischen Gesundheitssystem. Sie kanalisiert etwa 30 % der Gesundheitsausgaben im ganzen Land, und da sie nur verschwindend wenige und sehr einfach ausgestattete medizinische Einrichtungen besaßen, konnten diese Gelder entweder dem öffentlichen oder dem privaten Sektor zugute kommen. Die etwa 17 Mio. Sozialwerksmitglieder, sowohl Arbeiter als auch Angestellte, konnten entweder kostenlos öffentliche Krankenhäuser, gegen Aufpreis Vertragseinrichtungen, oder gegen Barzahlung Privateinrichtungen in Anspruch nehmen.

Mit den Sozialwerken waren zwei große Probleme verbunden: Die Trennung zwischen Krankenkassengeldern und öffentlichen Gesundheitsausgaben hatte eine regressiv Umverteilungswirkung für die ganze Bevölkerung zur Folge, denn die Sozialwerksmitglieder lenkten ihre Nachfrage überwiegend in den privaten Sektor, während der öffentliche Sektor ausgezehrt wurde. Letzterem blieb die kostenlose Behandlung von chronisch kranken oder sehr armen Sozialwerksmitgliedern vorbehalten. Auf diese Weise subventionierte der Staat die Sozialwerksmitglieder.

Das zweite Problem war, daß die Sozialwerke regional sehr ungleich verteilt waren, da ihre Existenz von der Durchsetzungsfähigkeit der Arbeitnehmerorganisationen abhing. Die Sozialwerke waren zudem branchenspezifisch aufgebaut und ihre Leistungen entsprechend ungleich (vgl. Neri 1983; Pantano/Passanante/Magrassi 1980).

3.2 Reformversuche

1970 versuchte die Regierung, die Ungleichheiten zu korrigieren. Das Gesetz 18610 verpflichtete zur Einrichtung von Sozialwerken für die ganze Bevölkerung, legte Beitragssätze fest, machte die Unternehmer für deren Eintreibung verantwortlich und richtete eine nationale Kontrollbehörde ein (INOS), in der Arbeitnehmer-, Arbeitgeber- und Staatsvertreter versammelt waren. Dem INOS wurde auch ein Umverteilungsfonds beigegeben, um Unterschiede zwischen den Sozialwerken einzuebnen. Der Erfolg war aber gering (Neri 1983). Den bisher ehrgeizigsten Plan, ein Recht auf Gesundheit für alle zu verwirklichen, hatten die zweiten perónistischen Regierungen (1973-76). Sie wollten die Sozialwerke in ein einziges Gesundheitssystem (SNIS) integrieren, dieser Institution alle öffentlichen Gesundheitseinrichtungen unterstellen und die Leitung einem Gremium zur korporatistischen Interessenregulierung übergeben. Neben Vertretern der öffentlichen Hände, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer wären Teilnehmer aus dem Gesundheitspersonal und von den Universitäten dabei gewesen. Das Projekt scheiterte am Widerstand von Provinzregierungen, Gemeindeverwaltungen und Gewerkschaften (Neri 1983).

4. Argentinien: die Politik der Militärregierung im Gesundheitswesen

a) Gesundheitsausgaben

Der Anteil der zentralstaatlichen Sozialausgaben am BIP hat sich ähnlich wie in Chile entwickelt (vgl. Tab. 3): starker Einschnitt nach der Machtübernahme der Militärs, danach Erholung und weiteres Ansteigen, um 1980/81 den höchsten Wert der Dekade zu erreichen. Anders als in Chile hat es aber bei den Gesundheitsausgaben keine absoluten Ausgabenkürzungen gegeben. Neri (1983: S. 130f.) geht sogar davon aus, daß dank dem Anstieg der Staatsquote und den wachsenden Gesundheitsausgaben der Provinzregierungen die gesamten öffentlichen Ausgaben für Gesundheit angewachsen seien, 1977 gegenüber 1971 um 54 %. Aber eine andere wichtige Veränderung hat stattgefunden: der Staat hat die Finanzierung stärker als bisher auf Provinzregierungen und Gemeinden abgewälzt. Während er 1972-76 noch für ein Drittel bis die Hälfte der öffentlichen Gesundheitsausgaben aufkam, war es Ende der Dekade nur noch ein Viertel (IWF 1983). Die Folge war eine Verschärfung regionaler Disparitäten.

b) Strukturveränderungen

Entsprechend ihrem Ziel, die Rolle des Staates bei den sozialen Dienstleistungen zu verringern, dezentralisierte die Militärregierung die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. 1980 waren fast alle Krankenhäuser an Provinzen und Gemeinden übergeben. Außerdem wurden in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wieder Behandlungsgebühren eingeführt. Das war sinnvoll unter der Voraussetzung, daß die Behandlungsgebühren ein erster Schritt zur Vereinheitlichung von Sozialwerksgeldern und öffentlichen Gesundheitsausgaben waren. Der Staat würde nicht länger Sozialwerkspatienten, die ihren Kassenbeitrag bereits bezahlt hatten, gratis versorgen und damit die Sozialwerke subventionieren; die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen hätten wieder attraktiver gemacht und die Qualität der Versorgung verbessert werden können. Dazu aber mußte sichergestellt sein, daß die Sozialwerksgelder auch wirklich im Gesundheitswesen eingesetzt und nicht vom Staat als Manövriermasse benutzt würden, um Haushaltslücken zu decken.

Das Gesetz 22 269/80 (Berufsverbandsgesetz) eröffnete aber genau dafür die Möglichkeit. Es sah unter anderem vor, daß die *Sozialwerke vom Gewerkschaftsvermögen getrennt* und teilweise zusammengeschlossen wurden; die Arbeitnehmer mußten mehr als bisher in den Umverteilungsfonds des INOS zahlen, aus dem mindestens 90 % in den Gesundheitsbereich fließen sollten. Über welche Institutionen diese Finanzströme in den Gesundheitsbereich gelenkt werden sollten, blieb offen, und so wurde der Fonds für den Zugriff des Fiskus geöffnet (Neri 1983: S. 114 f.). Ein Teil der Gelder ging in den allgemeinen Staatshaushalt, ein anderer Teil ins Gesundheitsbudget ein: 1980 stammten mehr als 50 % der staatlichen Gesundheitsausgaben aus dem INOS-Fonds; im selben Jahr wurden 70 % der 3 Milliarden Pesos, die der Fonds enthielt, auf diese Weise zweckentfremdet (Neri 1983: S. 136).

c) Die gescheiterte Privatisierung

Den staatlichen Beutekapitalismus hatten die argentinischen Gewerkschaften nicht abwehren können, wohl aber eine andere Bestimmung des Berufsverbandsgesetzes, die nach chilenischem Muster die gesetzliche Krankenversicherung privatisieren sollte. Danach war den Mit-

gliedern der (obligatorischen) Sozialwerksversicherung erlaubt, auszutreten und 90 % ihrer angesammelten Beiträge in eine Privatversicherung zu investieren. Für die Gewerkschaften bedeutete die weitere Aushöhlung der Sozialwerke eine Erosion der verbliebenen Machtpositionen; und ihr Widerstand war erfolgreich, weil sie noch 2 Verbündete fanden: die Ärzte, die von einem Privatisierungsschub eine Verletzung ihrer Standesinteressen befürchteten, und Teile des Militärs. Während die Privatisierung von der neoliberalen Militärfraktion, die vor allem im Wirtschafts-, Innen- und Justizministerium verankert war, befürwortet wurde, lehnte der nationalkorporativistische Flügel um das Wohlfahrtsministerium sie ab (Neri 1983).

Die Gesundheitspolitik der Militärs als neoliberal zu bezeichnen, wäre verfehlt, weil dies doch eine gewisse Systematik voraussetzt. Man könnte eher von einem staatlichen organisierten Chaos mit grotesken Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sprechen; darauf deutet zumindest eine Studie über die Kommune Buenos Aires (Lovett o.J.) hin, die Mechanismen der Ausgrenzung der Umlandbewohner beschreibt (bürokratische Nutzungshindernisse, Abschaffung von kostenloser Abgabe von Tuberkulosemedikamenten oder Milchspeisungen für Säuglinge); am schlimmsten betroffen waren offenbar die Mitglieder von Sozialwerken. Die Sozialwerke standen unter dem dreifachen Druck rückläufiger Beiträge infolge der Arbeitslosigkeit, des staatlichen Zugriffs auf ihren Umverteilungsfonds, sowie der Gebührenerhebung für ihre Mitglieder in öffentlichen Krankenhäusern. In ihrer Finanznot kündigten die Sozialwerke Verträge mit bestimmten Leistungsanbietern oder setzten die Zahlungen aus, und so kam es, daß Sozialwerksmitglieder gezwungen waren, sich entweder in medizinisch unterausgestatteten Sozialwerkseinrichtungen behandeln zu lassen, oder in öffentlichen Krankenhäusern ihre Versicherung zu verschweigen, um als »bedürftige Arme« versorgt zu werden. Die Eintreibung der Krankenhausgebühren erwies sich als wenig hilfreich für die kommunalen Kassen (sie deckten 1979 nur 10 % der städtischen Krankenhauskosten ab), bedeutete aber für viele eine ernste Nutzungsbarriere und erforderte enormen bürokratischen Aufwand (Neri 1983: S. 152).

5. Restriktionen autoritärer Regime beim Abbau des Wohlfahrtsstaates

In diesem Beitrag ging es um die Veränderungen im Gesundheitswesen nach der Machtübernahme neoliberal gesinnter Militärdiktaturen in Argentinien und Chile, sowie um die Restriktionen der Machthaber beim Umbau des Gesundheitswesens. Vor einer Erörterung der Ergebnisse sollen einige wichtige Befunde aus der Diskussion über den Wohlfahrtsstaat in Lateinamerika in Erinnerung gerufen werden (Abranches 1982; Malloy 1983; Mesa-Lago 1978).

1. Der Wohlfahrtsstaat ist nicht Produkt eines bestimmten Industrialisierungsgrads, auch nicht in den Industrieländern.

2. Es gibt verschiedene Determinanten für Entwicklung und Ausbreitung des Wohlfahrtsstaates, die nach Land und Epoche variieren können, etwa Druck der Arbeiterbewegung, vorausschauende Konfliktregulierung der Herrschenden, Verbreitung internationaler Standards (Alber 1982).

3. In Lateinamerika findet man 2 Typen wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung vor:

a) *Die Frühstarter*. Argentinien, Chile, Brasilien, Uruguay und Kuba haben Elemente sozialer Sicherheit bereits in den 20er Jahren eingeführt und sie graduell auf immer mehr Bevöl-

kerungsgruppen ausgeweitet, wobei die Konditionen je nach Verhandlungsmacht der Gruppen variierten. Typische Merkmale der Pioniersysteme sind: Fragmentierung und Ungleichheit, Massierung von Privilegien, Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen, regressive Umverteilungswirkung, hohe Verwaltungskosten und Ineffizienz infolge institutioneller Zersplitterung, starker Immobilismus aufgrund der Vetomacht privilegierter Gruppen. Der politische Prozeß in diesen Ländern hat dazu geführt, die ökonomisch bedingten Ungleichheiten noch zu verstärken. Eine wesentliche Funktion im Sinne der Regierenden, die soziale Integration der Arbeiterklasse, konnte dieses Sozialsystem nicht leisten. Noch weniger war es zumindest in Chile und Argentinien in der Lage, eine autonome politische Entwicklung der Arbeiterschaft zu verhindern (Mesa-Lago 1986; Abranches 1982). Staatliche Versuche, das System zu vereinheitlichen und zu dem von Beveridge für Großbritannien 1940 angekündigten universalen System sozialer Sicherung umzubauen, sind in der Regel an den Widerständen von Gruppeninteressen gescheitert. Nur in Kuba und Brasilien gelang eine fast vollständige Vereinheitlichung (Mesa-Lago 1986).

b) *Die Spätstarter*. Mexiko, Kolumbien, Venezuela und Costa Rica haben sich später als die Pionierländer industrialisiert und vor allem im Agro-Exportsektor einen Modernisierungsprozeß durchlaufen. Ihre Sozialpolitik verdankten diese Länder nicht dem Druck von unten, sondern der »induzierten Progressivität« (Cardoso 1982: S. 19) internationaler Bürokratien (ILO, WHO), sekundiert von Technokraten im Staatsapparat, welche die Massenbedürfnisse formulierten und legitimierten. Dabei entstanden sehr viel einheitlichere und weniger politisierte Sozialsysteme, die freilich auch einen kleineren Bevölkerungskreis abdecken als bei den Pionierländern (Malloy 1979; Mesa-Lago/Isuani 1981; Cardoso 1982). Diejenigen Länder, die an der Spitze der Spätstarter ihr Sozialsystem am meisten ausgebaut haben, stehen mittlerweile vor denselben Finanzierungsproblemen wie die Früheinführer (Mesa-Lago 1986).

4. Ein Wohlfahrtsstaat westeuropäischen Typs ist für die lateinamerikanischen Länder unter den gegebenen Machtverhältnissen unerreichbar, weil die zyklischen Wachstumskrisen der Wirtschaft zu wenig Umverteilungsspielraum zulassen. Dort, wo die staatliche Umverteilungspolitik am weitesten fortgeschritten war und die Forderungen nach Integration am wirksamsten vorgetragen wurden, war die in den Grenzen des Wohlfahrtsstaates angelegte Krise am größten. Es ist daher kein Zufall, daß gerade Pionierländer einen neoliberal-militärischen Rückschlag erlitten. Dies bedenkend, lautet die Frage an die Gesundheitspolitik der Militärs: konnten sie das Gesundheitssystem im Sinne von mehr Markt umbauen und die Widerstände der Interessengruppen besiegen? Gelang es ihnen, Ungleichheit als Ergebnis politischer Entscheidungen abzubauen und Marktmarkt als Hauptkriterium für die Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen durchzusetzen?

In Chile ist das neoliberale Programm im Gesundheitsbereich nur partiell durchgeführt worden, im Gegensatz zu anderen Bereichen der Sozialpolitik. Das Gesundheitswesen wurde lediglich teilprivatisiert, weil man auf die gesetzliche Krankenversicherung und öffentliche Gesundheitseinrichtungen nicht verzichten konnte, eine Einsicht, die vor allem den Ärzten zu verdanken war. Der nationale Gesundheitsdienst wurde aber in viele Einheiten aufgeteilt, durch Sparpolitik ausgezehrt und in seiner Leistungsfähigkeit geschwächt, um die Startchancen privater Krankenversicherungen zu verbessern und private Investitionen rentabel zu machen.

Bei den Sonderprogrammen ihrer Vorgänger haben die neuen Machthaber Kontinuität gewahrt. Mit Blick auf die international am aufmerksamsten verfolgten Gesundheitsindikator

ren und die Ideologie vom subsidiären Staat bauten sie die medizinische Versorgung von Mutter und Kind weiter aus, bekämpften die Unterernährung von Müttern und Kleinkindern, und bauten regionale Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung ab. Dennoch hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verschlechtert. — Es ist den Militärs gelungen, politisch bedingte Gruppenprivilegien zu verringern; dazu gehört die Einführung der freien Arztwahl, ein Schritt zur Aufhebung der Trennung von Arbeiter- und Angestelltenmedizin; vorerst dürften davon freilich nur die Angestellten profitieren, deren Zugang zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen damit geregelt ist, nicht aber die Arbeiter, die aus wirtschaftlichen Gründen davon kaum Gebrauch machen können; dazu gehört aber auch die Schwächung des ärztlichen Einflusses auf die Gesundheitspolitik, durch die Zerschlagung des Colegio Médico und die Verschlechterung des Arbeitsmarkts für Ärzte, da der Staat kaum noch neue Ärzte einstellte. Letzteres hat wahrscheinlich dazu beigetragen, daß die Arztdichte in den Provinzen verbessert werden konnte, weil die schlechte Arbeitsmarktlage die Bereitschaft von Ärzten, aufs Land zu gehen, erhöht haben mag. In der relativ pragmatischen Gesundheitspolitik trat als einzig lupenreines Schmuckstück im Sinne der Marktwirtschaftler die Einführung privater Krankenversicherungen hervor. Angesichts der Verarmung der Bevölkerung im Zuge der Wirtschaftskrise ist es aber durchaus denkbar, daß Roberto Zahler mit seiner sarkastischen Bemerkung recht behält, hier handle es sich um den marktwirtschaftlichen Weg zum Sozialismus.

In Argentinien haben die Vetomacht der traditionell im Gesundheitswesen verankerten Gewerkschaften, die Traditionsverbundenheit von Teilen des Militärs und die Inkonsequenz einer auf Selbstprivilegierung bedachten Staatsbürokratie verhindert, daß die Eingriffe im Gesundheitswesen auch nur annähernd konsistent mit der neoliberalen Doktrin waren. Die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wurden dezentralisiert und Behandlungsgebühren erhoben, aber der Rückzug des Zentralstaates ist offenbar von Provinzen und Gemeinden kompensiert worden. Dieser Schritt hat möglicherweise mehr Bürgernähe in der Gesundheitsversorgung gebracht, mit Sicherheit aber regionale Ungleichheiten verschärft. Bestes Beispiel ist die Ausgrenzungsstrategie der Kommune Buenos Aires. Das Ziel Austerität und mehr Effizienz wurde also verfehlt, und gescheitert sind auch grundsätzlichere Vorhaben. Die Privatisierung der Krankenversicherung wurde durch den Widerstand der national-korporativistischen Militärfraktion, der Gewerkschaften und der Ärzte verhindert. Blieb die Chance, einen von Perón vererbten Strukturdefekt des argentinischen Gesundheitssystems zu überwinden, die Trennung von gesetzlicher Krankenversicherung und öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Militärs schafften den ersten Schritt dazu, nämlich den Gewerkschaften die Verfügungsgewalt über die Sozialwerke zu entziehen, aber statt die Sozialwerksgelder zum Ausbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu verwenden, überantworteten sie sie der Staatsbürokratie zum Stopfen der Löcher im Staatshaushalt. Der Beutezug in den Kassen der Sozialwerke nützte beiden, Militärs und Technokraten.

Fazit: die sozialen Kosten der neoliberalen Gesundheitspolitik sind in beiden Ländern hoch, aber das Ergebnis entspricht kaum den Postulaten neoliberaler Wirtschaftspolitik, staatliche Intervention im Sozialbereich auf ein Minimum zu beschränken und die Versorgung mit sozialen Leistungen dem einzelnen Bürger zu überantworten. Die Privatisierung stößt auf vielfältige ökonomische und politische Widerstände. Auch eine andere in Militärregime gesetzte Erwartung, sie könnten besser als demokratische Regierungen historisch gewachsene Ungleichheiten im Gesundheitswesen abbauen, wird nicht bestätigt.

Anmerkungen

1. Vgl. z.B. Abranches 1982.
2. Dieser Beitrag ist die stark gekürzte Fassung eines empirisch ausführlich dokumentierten Berichts, den ich im Rahmen ihrer Mitarbeit bei dem Forschungsprojekt »Sozialpolitik in autoritär regierten Entwicklungsländern« und nach weiterführenden Forschungsaktivitäten in Berlin erstellt hat. Das Projekt wurde unter Leitung von Dieter Nohlen in Heidelberg durchgeführt und von der Stiftung Volkswagenwerk finanziert. An dieser Stelle möchte ich Dieter Nohlen und Roland Sturm sowie Manfred G. Schmidt und Thomas Hurtienne für kritische Kommentare und Anregungen danken. Die Verantwortung für die hier vorgestellte Analyse und eventuelle Irrtümer liegt selbstverständlich bei der Verfasserin.

Literatur

- Abranches, S.H. (1982): *The Politics of Social Welfare Development in Latin America*, Rio de Janeiro.
- Alber, Jens (1982): *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat*, Ffm/New York
- Arellano, J.P./R.E. Sáez (1981): *Reforma de la previsión y financiamiento de la salud*, Santiago (CPU)
- Calderón, Hugo/Ensignia, Jaime (Hrsg.) (1986): *Chile. Chancen der Demokratie nach Pinochet*, Hamburg
- Cardoso, F.H. (1982): *Las Políticas Sociales en la década del 80: Nuevas opciones?*, Santiago (CEPAL/ILPES)
- Foxley, A. (1980): *Stabilization Policies and Stagflation: the Cases of Brazil and Chile*, in: World Development Vol. 8, 887-912
- Foxley, A./E. Aninat/J.P. Arellano (1976): *Las desigualdades económicas y la acción del Estado*, México.
- Foxley, A./D. Raczynski (1984): *Vulnerable Groups in Recessionary Situations: the Case of Children and the Young in Chile*, in: World Development 12 (1984) 3, 223-246.
- Heussen, H. (1980): *Weltmarkt und soziale Not*, Berlin
- International Monetary Fund (1983): *Government Finance Statistics Yearbook*, Vol. VII, Washington
- Leger Sivard, R. (1976): *Entwicklung der Militär- und Sozialausgaben der Welt*, 2, in: Militärpolitik Dokumentation.
- Llovet, J.J. (o.J.): *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*, Buenos Aires (Mimeo)
- Malloy, J. (1979): *The Politics of Social Security in Brazil*, Pittsburgh
- Malloy, J. (1983): *Statecraft and Social Insurance Policy in Latin America and the United States*. Prepared for the International Conference on »Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980's«, Center for Latin American Studies, University of Pittsburgh, U.S.A, June 27-29.
- Malloy, J./S. Borzutzky (1982): *Politics, Social Welfare Policy, and the Population Problem in Latin America*, in: International Journal of Health Services, 12 (1982) 1, 77-97
- Livingstone, M./D. Raczynski (Hrsg.) (1976): *Salud pública y bienestar social*, Santiago
- Marshall, J. (1981): *El gasto público en Chile: 1969-1979*, in: Estudios CIEPLAN5, 53-84
- Medina, E. (1979): *El desarrollo del sistema de servicios de salud en Chile: perspectivas históricas*, Santiago (CPU)
- Medina, E./A.M. Kaempffer (1982): *La salud en Chile durante la década del setenta*, in: Revista Médica Chile 110, 903-912, 1004-1014
- Mesa-Lago, C. (1978): *Social Security in Latin America*, Pittsburgh
- Mesa-Lago, C. (1983): *Alternative Strategies to the Social Security Crisis: Socialist, Market and Mixed Approaches*. International Conference on Social Security and Health Care in Latin America and the Caribbean in the 1980's, University of Pittsburgh, June 27-29, 1983
- Mesa-Lago, Carmelo (1986): *Seguridad social y desarrollo en América Latina*, in: Revista de la CEPAL Nr. 28, 131-146
- Mesa-Lago, C./E.A. Isuani (1981): *La seguridad social en América Latina: problemas y recomendaciones*, in: ILPES/UNICEF: Planificación Social en América Latina y el Caribe, Santiago

- Morales, E. (1981): *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-78*, Santiago (Documento de Trabajo Programa FLACSO-Santiago de Chile)
- Navarro, V. (1974): *What Does Chile Mean: An Analysis of Events in the Health Sector Before, During and After Allende's Administration*, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, New York, 52, p. 93-130
- Nohlen, D./R. Sturm/U. Wachendorfer (1984): *Sozialpolitik in autoritär regierten Entwicklungsländern*, in: Politische Vierteljahresschrift 25 (1984) 2
- Oyarzo, C. (1983): *Desigualdades en el Campo de la Salud: Chile, 1970-79*, Santiago (CIEPLAN).
- Pantano, L. / M. I. Passanante / G. Magrassi (1980): *Políticas sociales en la Argentina, 1966-1978*, Buenos Aires (ILPES).
- Rodríguez, F. (1976): *Estructura y características del sector salud en Chile*, in: Livingstone/Raczynski (Hrsg.), 65-82.
- Thorp, R. / L. Whitehead (1979): *Inflation and Stabilisation in Latin America*, New York.
- Weltbank (1984): *Weltentwicklungsbericht*, Washington D.C.
- Whitehead, L. (1979): *Inflation und Stabilization in Chile, 1970-77*, in: Thorp/Whitehead (Hrsg.), 65-109.
- Wilkie, J. / S. Haber (1983): *Statistical Abstract of Latin America, Vol. 22*, Los Angeles.
- World Health Organization (1982): *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-80*, Washington.
- Zahler, R. (1983): *Recent Southern Cone Liberalization Reforms and Stabilization Policies. The Chilean Case, 1974-82*, in: Journal of Interamerican Studies and World Affairs 25 (1983) 4, 509-562.

Tabellarischer Anhang

Tab. 1: Säuglingssterblichkeitsraten^a für 8 lateinamerikanische Länder, 1960-1981

	1960	1973	1982
Argentinien	61	60	44
Chile	119	71	27
Uruguay	51	40	34
Brasilien	118	94	73
Mexiko	91	61	53
Venezuela	85	50	39
Costa Rica	74	54	18
Peru	163	—	83

a: Tote pro tausend Lebendgeborene (Alter unter 1 Jahr).

Quelle: Weltbank 1984, Leger Sivard 1976.

Tab. 2: Anteil der Staatsausgaben und der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt, Chile, 1970-81

Jahr	Staatsausgaben (in % des BIP) ^a	Sozialausgaben (in % des BIP) ^b
1970	27,0 ^c	o.A.
1971	31,0 ^c	o.A.
1972	30,7 ^c	o.A.
1973	42,7 ^c	o.A.
1974	31,9	15,6
1975	27,6	14,0
1976	26,0	13,3
1977	28,8	15,0
1978	31,7	16,9
1979	28,4	16,3
1980	28,4	16,6
1981	31,4	18,9

a: gesamte öffentliche Ausgaben und Anleihen minus Tilgungen.

b: nur Zentralstaat (Ausgaben und Anleihen minus Tilgungen). Umfaßt die Ausgaben für Sozialversicherung und Wohlfahrt, Erziehung, Gesundheit und Wohnen.

c: Whitehead 1979.

Quelle: eigene Berechnungen aus IWF 1983.

Tab. 3: Sozialausgaben des Zentralstaates^a in % des BIP

Land	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Argentinien ^b	5,5	7,3	9,0	7,6	6,2	5,9	8,2	8,1	9,6	9,6
Brasilien ^c	8,1	8,0	7,8	9,1	8,6	8,6	9,0	9,6	8,3	8,5
Chile	—	—	15,6	14,0	13,3	15,0	16,9	16,3	16,6	18,9
Mexiko ^d	—	5,8	6,4	6,9	7,3	7,5	—	—	—	—
Peru	—	5,3	5,2	4,8	5,1	4,7	3,9	3,1	3,2	3,4
Uruguay	—	13,9	16,2	13,6	15,2	13,6	13,9	11,1	13,3	15,2
Venezuela	—	7,8	6,9	7,7	9,6	8,7	8,1	7,5	—	—

a: Central government expenditure & lending minus repayments

b: wegen der stärkeren Dezentralisierung in Argentinien umfaßt der Zentralstaatshaushalt nur durchschnittlich ca. 2/3 des gesamten öffentlichen Budgets.

c: in Brasilien gibt der Zentralstaat ca. 2/3 des öffentlichen Haushalts aus.

d: in Mexiko umfaßt der Zentralstaatsetat etwa 1/4 des öffentlichen Haushalts.

Quelle: Berechnungen aus IWF 1983.

Tab. 4: Gesundheitsausgaben in % der Zentralstaatsausgaben

Land	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Argentinien	2,9	3,3	2,9	2,3	3,7	2,5	2,1	1,6	1,6	1,2	
Brasilien	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4	
Chile	(10,8) ^a	7,8	7,3	6,9	6,8	6,7	6,7	6,4	7,1	6,1	
Mexiko	—	4,4	3,7	3,7	3,8	4,1	3,8	3,6	2,2	1,7	
Peru	—	5,5	5,7	5,1	5,8	5,9	5,6	6,1	4,5	5,3	
Uruguay	—	4,8	5,7	3,9	3,9	3,7	4,9	4,5	4,7	3,7	3,1
Venezuela	10,4	4,8	5,9	6,5	6,4	6,6	7,5	6,9	5,8	6,1	

a: Angabe aus IWF 1977, nur Zentralstaatsausgaben ohne Anleihen und Tilgungen.

Quelle: Berechnungen aus IWF 1983.

Tab. 5: Anteil der (Zentral-)Staatsausgaben für Gesundheit am BIP 1972-1981 (in %)

Land	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Argentinien ^a	0,5	0,5	0,6	0,5	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Brasilien	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4
Chile	—	—	2,3	2,1	1,8	2,0	2,2	1,9	2,1	1,9
Mexiko	—	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	—	—	—
Peru	—	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	1,0
Uruguay	—	1,1	1,3	0,9	0,9	1,9	1,2	0,9	1,0	0,9
Venezuela	—	2,3	1,8	2,1	2,2	2,2	2,1	1,8	—	—

Quelle: Berechnungen aus IWF 1983.

Tab. 6: Reale öffentliche Gesundheitsausgaben in Chile (Index 1970 = 100)

	1970	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Personal	100	111	91	89	96	106	103
Güter & Dienstleistungen	100	119	74	70	77	101	93
Transfers	100	93	104	84	120	134	144
Investitionen	100	85	38	25	12	16	21
Ausgaben insgesamt	100	104	83	74	86	100	100
Gesamtausgaben pro Einwohner	100	96	76	67	77	87	86

Quelle: Marshall 1981; Bevölkerungsstatistiken: Wilkie/Haber 1983.

Tab. 7: Einwohner-Arzt- und Einwohner-Betten-Relation

	Einwohner pro Arzt ^a		Einwohner pro Krankenhausbett ^b
	1960	1980	
Argentinien	740	430	185 (1973)
Chile	1780	1930	278 (1978)
Uruguay	960	540	175 (1971)
Brasilien	2210	—	263 (1973)
Mexiko	1830	—	834 (1974)
Venezuela	1500	990	294 (1977)
Costa Rica	2740	1460	286 (1977)
Peru	1910	1390	500 (1973)

Quellen: a: Weltbank 1984; b: WHO 1982.