

Gesundheit wird von der Marktwirtschaft überrollt

Das Ende des sozialistischen Gesundheitssystems in Vietnam

Eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde in Vietnam immer als Markenzeichen der sozialistischen Gesellschaftsordnung gepriesen. Nach der Einführung des Kosten-Nutzen-Prinzips der Marktwirtschaft auch für den Gesundheitsdienst ist die Versorgung der Bevölkerung gefährdet. Dr. Pamela Wright erklärt den Verfall des Gesundheitswesens in erster Linie mit unzureichenden Ressourcen. Sie ist Vorsitzende des medizinischen Hilfskomitees für Vietnam in den Niederlanden und hat den Beitrag mit Unterstützung von Dr. Nguyen Tran Hien und Frau Le Thi Thu Ha, zwei vietnamesischen KollegInnen am Königlich Tropischen Institut in Amsterdam, geschrieben.

Hintergrund des Gesundheitswesens in Vietnam seit 1954/75

Nach dem Erfolg der Revolution im Jahre 1954 begann die neue Regierung im Norden Vietnams ein landesweites Gesundheitsnetzwerk aufzubauen, das jeden Ort erreichen sollte, um eine Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu sichern. Der Schwerpunkt lag schon damals, vor der Erklärung von Alma Ata zur Basis-Gesundheitsversorgung (1978), auf der Vorbeugung. Es gab Gesundheitskampagnen, wie zum Beispiel für ein sauberes Dorf und ein fruchtbares Reisfeld. Propagiert wurden die "drei Sauberkeiten": saubere Nahrung zu sich nehmen, abgekochtes Wasser trinken, in einem sauberen Haus leben; "dreimal töten": Fliegen, Ratten, Moskitos töten; drei sanitäre Maßnahmen für ländliche Gebiete: doppelte keimfreie Tanks, Brunnen, Waschgelegenheiten. In den folgenden Jahren wurden in medizinischen Ausbildungsstätten auf mittlerem Niveau in der Provinz in großem Umfang Hilfsärzte, sowie Gesundheitspersonal auf Dorfebene ausgebildet, um Mitarbeiter für das Gesundheits-Versorgungsnetz zu haben. Es wurde nicht nur die moderne, sondern auch die traditionelle Medizin gefördert, und es wurden Anstrengungen darauf gerichtet, eine Selbstversorgung mit pharmazeutischen und natürlichen Heilmitteln zu erreichen.

Nach 1975 wurde das Basis-Gesundheitsnetz auf das ganze Land ausgeweitet. In den folgenden Jahren begannen internationale Geldgeber, speziell die Organisationen der Vereinten Nationen wie UNICEF (Kinderhilfswerk) und UNFPA (Bevölkerungsfonds), in Vietnam breit angelegte Programme für die gesundheitliche Versorgung der Kinder

und Familienplanung zu entwickeln. Diese Aktivitäten wurden überwiegend als vertikale, zielorientierte Programme durchgeführt, die nicht sehr in das Gesundheitsnetz integriert waren. Nicht-staatliche Organisationen aus verschiedenen Ländern trugen, speziell in kleinen lokalen Projekten, zur Gesundheitsversorgung bei. Sie rangierten von rein materieller medizinischer Hilfe (Medikamente, Instrumente für Krankenhäuser usw.) zu stärker integrierten Basis-Gesundheitsversorgungsprogrammen.

Während dieser ganzen Zeit waren die verfügbaren finanziellen Mittel für den Aufbau und die Aufrechterhaltung des Gesundheitsversorgungssystems sehr gering. Dennoch wurde ein breites Netz von Gesundheitseinrichtungen geschaffen. Ein großer Teil der Bevölkerung hat einigermaßen Zugang zu irgendeiner Art von gesundheitlicher Versorgung. Der Wert der jeweils angebotenen Gesundheitsversorgung variiert jedoch erheblich. Einige Gesundheitszentren bieten trotz geringer Finanzmittel ein passables Niveau bei kurativer und präventiver Versorgung. Andere können aufgrund mangelnder Ausstattung, unzureichender Ausbildung oder fehlender Motivation der Mitarbeiter keine effektive Gesundheitsversorgung bieten. In einer jüngst durchgeführten Untersuchung des Gesundheitsministeriums ergab sich, daß nur ca. dreißig Prozent der Gesundheitseinrichtungen voll funktionsfähig sind.

Seit des Beginns von *doi moi*, der Neuorientierung des Wirtschaftssystems in Vietnam, hat sich viel geändert. Diese Änderungen betreffen zwar in erster Linie die Wirtschaft, haben aber natürlich viele Auswirkungen auf den öffentlichen Sektor, nicht nur in den ehemals staatlich kontrollierten Industrie- und Landwirtschaftsbetrieben, sondern auch in den

Bereichen, die traditionell in staatlicher Hand waren, wie Transport, Kommunikation, Erziehung und Gesundheit. Einige dieser Änderungen sowie eine Skizzierung der gegenwärtigen Situation, der Probleme und der angestrebten Lösungen werden weiter unten dargestellt. Da sich die Situation so rapide wandelt und die Auswirkungen wichtiger wirtschaftlicher Entwicklungen, wie die Aufhebung des Embargos durch Japan und vielleicht bald der USA, noch nicht abzusehen sind, befinden sich die Dinge im Fluß. Neue Entwicklungen oder Aktivitäten mögen fehlen, und Kommentare können schon bald überholt sein.

Wirtschaftliche Änderungen im Gesundheitssystem: Patientenbeiträge

Bis zum Beginn von *doi moi* waren alle Gesundheitsleistungen kostenlos, zumindest theoretisch. 1989 begann die Regierung, Pläne zur Kostendeckung einzuführen, und verlangte für bestimmte Leistungen, Medikamente und andere Hilfsmittel Bezahlung. Einige Gruppen von Personen waren von dieser Bezahlung befreit, zum Beispiel Kriegsveteranen und direkte Angehörige von Gefallenen, staatliche Angestellte und Mitarbeiter in staatlichen Betrieben, Behinderte, Genossenschaftsmitglieder, Angehörige ethnischer Minderheiten und Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Zur Zeit jedoch müssen Patienten in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens für Diagnose und Behandlung bezahlen. Bisher wird jedoch davon abgesehen, für präventive Maßnahmen (wie Impfungen) sowie für Maßnahmen der Familienplanung Bezahlung zu verlangen. Einige Beispiele für Gebühren in staatlichen Gesundheitseinrichtungen sind: Konsultation in einem Distriktkrankenhaus: 0,10 US-Dollar; Konsultation in einem Provinz-Krankenhaus: 0,13 US-Dollar; Entbindung 1,3 US-Dollar für das erste oder zweite Kind, 2,6 US-Dollar für weitere Kinder; Blinddarmoperation 3,3 US-Dollar; CT scan (Computertomographie) 25 US-Dollar.

Es ist noch nicht abzusehen, wie weit die Einführung von Patientenbeiträgen die Probleme des Gesundheitswesens lösen kann. Das Gesundheitsministerium schätzt, daß diese Beiträge bis zu zwanzig Prozent des staatlichen Haushalts für das Gesundheitssystem ausmachen können. Eine andere Schätzung jedoch (Abbott, 1989) spricht von ca. zwei bis fünf Prozent landesweit. Die Summen, die durch Patientenbeiträge zusammenkommen, sind jedoch von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich. In einem großen Stadtkrankenhaus können die laufenden Kosten durch Patientenbeiträge zu zwanzig bis achtzig Prozent gedeckt werden. Diese Gelder werden

teilweise für die Gehälter der Mitarbeiter verwendet und teilweise für andere ständige Ausgaben, wie laufende Kosten, Material, Medikamente und Ausrüstung. Ein schlichtes ländliches Gesundheitszentrum könnte keinen so großen Anteil erzielen, da es wenige Leistungen anbieten kann, für die bezahlt wird, und für Vorbeugung zu sorgen hat, durch die keine Einkünfte erzielt werden. Dieses System begünstigt also die großen Krankenhäuser und deren Personal und benachteiligt kleinere Gesundheitseinrichtungen.

Medizinisches Personal

Die personelle Ausstattung kleinerer Gesundheitseinrichtungen hat ebenfalls durch das neue System gelitten. Zuvor wurden Personalkosten bis hinunter zur Distriktebene vom Gesundheitsministerium getragen, und zwar durch Zuwendungen an die Volkskomitees auf Distrikt- und Provinzebene. Viele Mitarbeiter im Gesundheitsdienst in den Dörfern wurden von der örtlichen Bevölkerung unterstützt: 33 % durch das Volkskomitee des Distrikts, 55 % durch das Komitee der Kommune (nicht selten unregelmäßig oder verspätet). Bei den übrigen Mitarbeitern kann es sein, daß sie gar kein regelmäßiges Gehalt bekommen, besonders in den entlegenen Gebieten. Verschiebungen der Zuständigkeit für die Finanzierung haben Veränderungen im Personaleinsatz zur Folge. Es läßt sich zwar keine fixe Größe angeben, aber insgesamt sanken die Zahlen um dreißig Prozent. Und oft erhalten die verbliebenen Mitarbeiter nur noch fünfzig Prozent ihres Gehalts. Die wohlhabenderen Kommunen, die näher an den Wirtschaftszentren liegen, sind personell entsprechend besser ausgestattet als die ärmeren und abgelegenen. Besucher einiger kommunaler Gesundheitszentren im Norden waren jedoch beeindruckt, daß die Arbeit unter den gegebenen Bedingungen so gut wie nur irgend möglich getan wurde, trotz der reduzierten staatlichen Gehälter und der Schwierigkeiten, das Notwendige zu beschaffen. Es schien ein kommunales Verantwortungsbewußtsein zu geben. Da es keine anderen Einrichtungen gibt, arbeiten sie weiterhin mit der Dorfbevölkerung zusammen.

Privatpraxen

Eine weitere neue Entwicklung in dieser Zeit war die Liberalisierung der Privatpraxen. Seit Jahren konnte man Hilfe in Krankheitsfällen außerhalb des staatlichen Bereichs bekommen, teils bei traditionellen Heilern und teils von Angehörigen

des staatlichen Gesundheitsdienstes, die nebenberuflich praktizierten. Das wurde hauptsächlich im Süden, in den größeren Städten, geduldet, stellenweise auch im Norden. Vor kurzem wurde diese inoffizielle Behandlung offiziell erlaubt. Zuerst durften aus dem Dienst ausgeschiedene Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes ihre eigenen kleinen Praxen und Kliniken aufmachen. Dann durften staatliche Mitarbeiter nach ihrem Dienst in staatlichen Einrichtungen in privaten Kliniken arbeiten. Die Regierung versucht noch immer, die für private Behandlung erhobenen Gebühren zu kontrollieren. Zwar befinden sich viele dieser privaten Behandlungsmöglichkeiten in den größeren Städten, aber es gibt auch schon viele auf dem Lande, die hauptsächlich von früheren Angehörigen des Sanitätsdienstes der Armee (nicht nur Ärzte) aufgebaut wurden. Aufgrund der Demobilisierungswellen, die dem Rückzug aus Kambodscha folgten, waren diese aus dem Militärdienst entlassen worden und in ihre ländliche Heimat zurückgekehrt.

Versicherung

Seit 1990 hat man begonnen, eine Krankenversicherung als Pilotprojekt einzuführen, und zwar auf Provinzebene in Haiphong, Vinh Phu und in je einem Distrikt in achtzehn weiteren Provinzen. Das Ziel ist, Informationen zu erhalten, die als Grundlage für eine offizielle Politik dienen können. Nach zwei Jahren praktischer Erfahrung und Diskussionen mit den Stellen, die am Pilotprogramm beteiligt waren, erstellt das Gesundheitsministerium zur Zeit ein Dokument über ein Krankenversicherungssystem, das dem Ministerrat zur Verabschiedung vorgelegt werden soll, damit es auf nationaler Ebene eingeführt werden kann. Dieses System verpflichtet Arbeitgeber im privaten und öffentlichen Sektor, für zwei Jahre fünfzig Prozent der Krankenversicherungskosten für ihre Angestellten zu zahlen, bevor sie die Lizenz zur Aufnahme der Geschäfte erhalten.

Durch diese klaren Kosten- und Kostendeckungspläne entsteht ein stärkeres Bewußtsein des Engpasses, in dem die Regierung sich befindet, wenn sie gesundheitliche Versorgung für die ganze Bevölkerung sicherstellen will. Ein neuer Report des UNDP (Entwicklungsprogramm der UNO) und des Planungsministeriums schätzt, daß die staatlichen Finanzmittel für das Gesundheitswesen nicht mehr als vierzig Prozent des Minimums decken können. Völlige Deckung ist notwendig, um das gegenwärtige Niveau der Leistungen zu halten. Die Finanzlücke wird teilweise durch Patientenbeiträge gedeckt, teilweise aber auch durch ausländische Geldgeber.

Die Auswirkungen wirtschaftlicher Veränderungen auf die medizinische Versorgung: Nutzung der Einrichtungen

In der Vergangenheit war es nicht nur üblich, daß die Krankenhäuser und Kliniken in Vietnam zu 100 % belegt waren, sondern häufig stieß man auch auf mehr als einen Patienten pro Bett. Diese Situation hat sich mittlerweile dramatisch verändert. Die Privatisierung im medizinischen Bereich hatte einen deutlichen Nutzungsrückgang bei den öffentlichen medizinischen Einrichtungen zur Folge. Allman (1992) besuchte kommunale Gesundheitszentren, Polikliniken und selbständige Ärzte. Er berichtet von auffälligen Unterschieden in der Nutzung dieser drei Arten medizinischer Versorgung, was zweifellos damit zusammenhängt, welche Vorstellungen die Patienten von der Effektivität der angebotenen Dienste haben. Das kommunale Gesundheitszentrum mit fünf oder sechs Beschäftigten hatte 5 oder 6 Patienten pro Tag, während eine gute Poliklinik mit 17 Beschäftigten täglich etwa 40 Patienten betreute; die selbständigen Ärzte hatten 20 oder mehr Patientenbesuche pro Tag.

Die sinkende Nutzung von Krankenhäusern ist möglicherweise nicht nur auf die Einführung von Gebühren und auf zunehmende Alternativen außerhalb des öffentlichen Sektors zurückzuführen, sondern teilweise auch auf sinkende Einweisungszahlen von Kindern als Ergebnis von jahrelangen vorbeugenden medizinischen Maßnahmen (Impfung, Kontrolle von Durchfallerkrankungen und Erkrankungen der Atemwege etc.).

Medikamente

Ein Aspekt der Privatisierung der medizinischen Versorgung liegt in den privaten Apotheken, die ein breites Angebot an Medikamenten und Kontrazeptiva anbieten. Obwohl theoretisch jede Apotheke von einem graduierten Pharmazeuten geleitet werden muß, sieht die Realität anders aus. Viele Pharmazeuten geben nur ihren Namen her für ein Unternehmen, auf dessen Geschäftsgebaren sie keinen Einfluß haben. Die Medikamente und Kontrazeptiva werden nicht nur im Inland hergestellt, sondern werden aus ganz unterschiedlichen Ländern importiert. Der Inhalt der Packungen liegt mengenmäßig oft unter den aufgedruckten Angaben. Häufig fehlen geeignete Beilagezettel in vietnamesischer Sprache, und die Verkäufer haben oft keine einschlägige Ausbildung. In diesen Geschäften benötigt man für den Erwerb von Medikamenten keine ärztlichen Rezepte. Offiziell existiert in Vietnam ein Medikamentenplan, der den Gebrauch von 250 "unentbehrlichen und lebens-

wichtigen Medikamenten" als Grundlage der medizinischen Versorgung propagiert. Aber da die Gesundheitseinrichtungen nicht mit allen diesen aufgelisteten Medikamenten beliefert werden, müssen Patienten versuchen, die Medikamente mit Rezepten auf dem freien Markt zu erwerben, wo hunderte von Medikamenten und Kombinationen angeboten werden.

Traditionelle Medizin

Die traditionellen Heilmethoden waren in Vietnam schon immer ein Teil der anerkannten medizinischen Praxis. Medizinstudenten können sich auf überlieferte Heilmethoden spezialisieren. Diese Spezialisierung umfaßt den Einsatz traditioneller Heilpflanzen und medikamentenfreier Methoden, z.B. Akupunktur, Akupressur und Massage. Es ist auch heute noch ein politischer Grundsatz Vietnams, den Einsatz traditioneller Medizin zu betonen und sie mit modernen medizinischen Methoden zu kombinieren. Jedes kommunale Gesundheitszentrum muß auch einen Arzt oder Assistenzarzt aufweisen, der eine Behandlung nach traditionellen Methoden vornehmen kann. Ebenso wie für die modernen Behandlungsmethoden und Medikamente muß nun auch für die Behandlung mit traditionellen Medikamenten und Methoden bezahlt werden. Kommunale Gesundheitszentren bauen auch heute noch Heilkräuter an. Nicht benötigte Kräuter können in den Städten verkauft werden. Von dem Erlös werden westliche Medikamente gekauft. Einige Zentren arbeiten an einer Standardisierung und Qualitätskontrolle für traditionelle Arzneien, wobei man auch an Export denkt.

Arbeitsmedizin

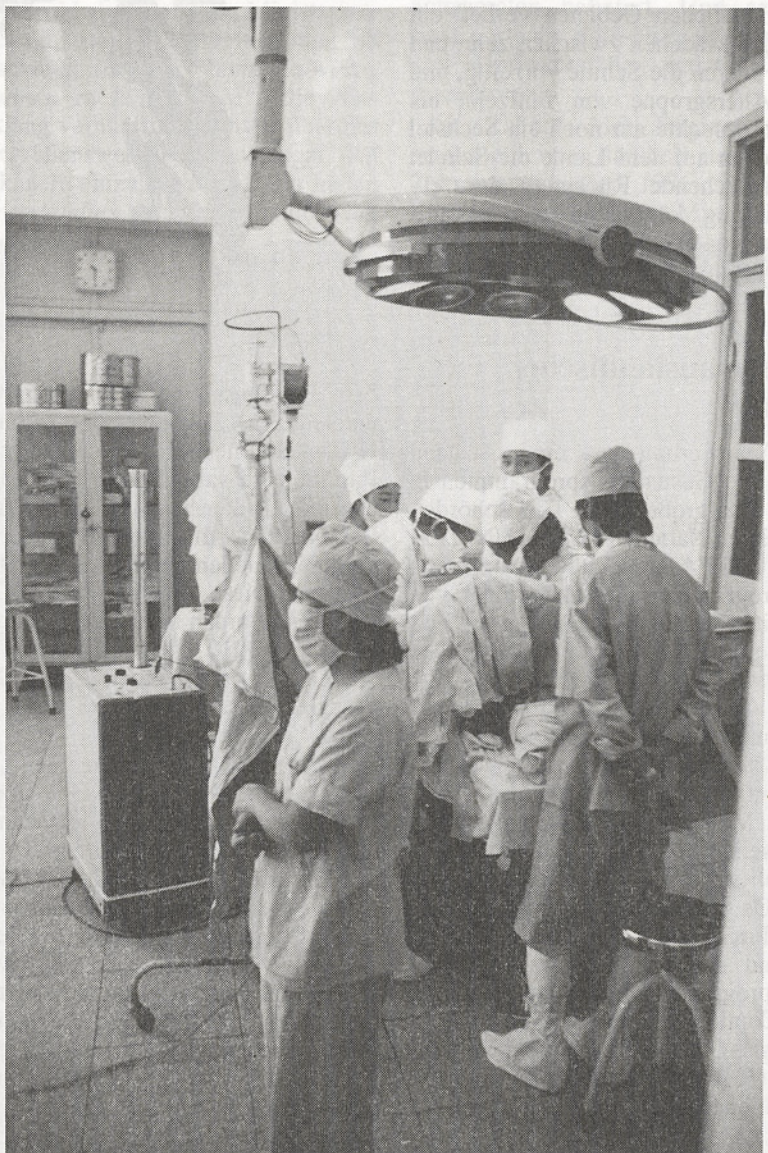
Die Arbeitsbedingungen in vietnamesischen Fabriken und an anderen Arbeitsplätzen erreichten meist nicht die Standards der westlichen Welt. Die Bedingungen haben sich zwar durch die Ausweitung privater kommerzieller Aktivitäten nicht generell verbessert, aber einige internationale Firmen, die an Joint Ventures beteiligt sind, haben teilweise sauberere und sicherere Arbeitsplätze geschaffen. In staatlichen Unternehmen hatte die neue Betonung der Produktionssteigerung eine geringere Beachtung der Arbeitsbedingungen zur Folge sowie eine Tendenz, Ausgaben für Arbeitsplatzhygiene und Vorbeugung gegen Berufskrankheiten zu kürzen. Doch die wichtigsten Änderungen in Bezug auf die Gesundheit sind wahrscheinlich die deregulierten Arbeitsbedingungen. In den staatlichen Betrieben war die Arbeitszeit begrenzt, und es herrschte meist wenig Druck zur Produktionssteigerung. In privaten Betrieben wird jetzt zehn bis zwölf Stunden täglich

gearbeitet, sieben Tage die Woche, teils unter Druck der Arbeitgeber, teils unter ökonomischem Druck, weil die Löhne von der Produktion abhängen. Das Recht auf Mutterschaftsurlaub, offiziell sechs Monate bezahlter Urlaub mit der Garantie, an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren, wird in privaten Betrieben oft nicht gewährt. Staatliche Firmen müssen ihren Angestellten eine Krankenversicherung bezahlen, aber private Firmen nicht. All diese Faktoren können dazu beitragen, daß gesundheitliche Probleme von Beschäftigten in privaten Betrieben zunehmen. Die Beschäftigten nehmen die Risiken zugunsten viel höherer Löhne im Vergleich zum staatlichen Sektor hin.

Weitere Faktoren

Bevölkerungspolitik spielt seit mehreren Jahren eine Rolle in Vietnam. Die Wachstumsrate der Bevölkerung wurde von 3,9 % im Jahre 1960 auf 2,1 % im Jahre 1989 gesenkt. Aber das Ziel für das Jahr 2000 ist 1,8 %. Im Unterschied zu vielen Entwicklungsländern ist das zah-

lenmäßige Verhältnis zwischen Stadt- und Landbevölkerung seit vielen Jahren bei 20 : 80 stabil. Während des Krieges gab es Bewegungen vom Land, wo das Leben gefährdet war, in die Städte im Süden – und im Norden von den unsicheren Städten aufs Land. Rücksiedlung und die Errichtung "neuer wirtschaftlicher Zonen" nach 1975 trugen zur Wiederherstellung der Verteilung wie zu Vorkriegszeiten bei. Ein Grund für die Stabilität der Verteilung während der vergangenen Jahre ist die zentralisierte Kontrolle darüber, wo Menschen sich ansiedeln. Es ist schwierig, sich in einer Stadt als Bewohner registrieren zu lassen, und viele Menschen wurden in die neuen wirtschaftlichen Zonen umgesiedelt, um sie zu entwickeln. Außerdem ist das Wirtschaftswachstum so langsam, daß die Verstärkung noch nicht zu stark ist. Es besteht jedoch ein zunehmendes Risiko, daß es dazu kommt, da sich die gegenwärtige wirtschaftliche Entwicklung hauptsächlich in den urbanen Zentren vollzieht und die zentralisierte Kontrolle der Einwohner abnimmt.



Operationsraum im Viet-Duc- (Deutsch-vietnamesischen) Krankenhaus in Hanoi

Foto: Stefan Martins

Die bevölkerungspolitische Kontrolle wird durch ein aktives Familienplanungsprogramm erreicht, das jetzt stärker auf die Bedürfnisse der Frauen eingeht und eine breitere Wahlmöglichkeit in Bezug auf die Methoden bietet, mit denen die Familiengröße reduziert wird. Die Müttersterblichkeit ist noch immer hoch, hauptsächlich wegen mangelhafter Ernährung der Frauen (besonders Anämie) und unzureichender Hygiene. Daher ist die Verbesserung der Lage der Frauen Bestandteil des neuen multisektoralen Programms zur Bevölkerungskontrolle.

Die hohe Alphabetisierungsrate – 88 % nach der Erhebung von 1989 – hat zweifellos zu den bis jetzt erzielten Erfolgen der medizinischen Versorgung in Vietnam beigetragen. Es besteht jedoch ein Risiko, daß die Alphabetisierung in der neuen produktionsorientierten Privatwirtschaft wieder zurückgeht. Speziell auf dem Lande könnten Kinder zu Hause gehalten werden, um bei der Produktion und im Haushalt zu helfen, anstatt sie zur Schule zu schicken. Besonders bei Mädchen könnte dies ein Problem werden. In ländlichen Gebieten verließ ein Fünftel der Mädchen zwischen zehn und vierzehn Jahren die Schule vorzeitig, und in der Altersgruppe von fünfzehn bis neunzehn besuchte nur noch ein Sechstel der Mädchen auf dem Lande die Schule. Der entsprechende Rückgang der Alphabetisierung könnte in der Zukunft Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus haben, besonders bei Frauen und Kindern.

Die Rolle ausländischer Gelder

Die Finanzierung aus dem Ausland spielt in den Gesundheitsprogrammen in Vietnam eine große Rolle. Die Behörden der Vereinten Nationen (WHO, UNICEF, UNDP, UNFPA) unterstützen umfangreiche Programme zur Bekämpfung von Krankheiten und zur Verbesserung der Gesundheit. Zur Zeit sind zahlreiche Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs) aus verschiedenen Ländern mit Programmen im Gesundheitssektor tätig. Darunter sind die herkömmlichen solidaritätsorientierten Aktivitäten, die hauptsächlich Material für bestimmte Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung stellen, aber auch große Programme, die von NGOs unterstützt und von Vietnamesen durchgeführt werden. Beispiele dafür sind das nationale Tuberkulose-Kontrollprogramm, unterstützt vom Medizinischen Comité Nederland Vietnam und die Basis-Gesundheitsversorgungsprogramme (PHC), die als Pilotprojekte von Organisationen wie CIDSE durchgeführt werden.

In den letzten Jahren hat die Regierung damit begonnen, NGO-Programme für

den Basisgesundheitsdienst (PHC) zu unterstützen. Zur Zeit gibt es mehrere NGOs, die neue Ideen einbringen und Pilotprojekte aufbauen, zum Beispiel Gesundheitsdienst unter Beteiligung der Bevölkerung, Erschließung neuer Einkommensquellen und multisektorale Aktivitäten. Diese Aspekte der PHC-Philosophie wurden von den weitgehend vertikalen PHC-Programmen der UN-Abteilungen in Vietnam bisher nicht sehr beachtet.

Ein Aspekt des Engagements einer zunehmenden Zahl von NGOs und GOs in immer mehr Provinzen in Vietnam ist das Risiko, daß verschiedene Teile des Landes mit unterschiedlichen Vorgehensweisen in der medizinischen Versorgung und in der Beteiligung der örtlichen Bevölkerung konfrontiert werden. Die Pilotprojekte und andere Programme sind eine willkommene Unterstützung des unzureichenden staatlichen Gesundheitswesens, aber das Fehlen einer starken Koordination an zentraler Stelle könnte zur Verwirrung und zu Uneinheitlichkeiten des Gesundheitswesens im ganzen Land führen.



aus: Arlene Eisen Bergman; Women of Vietnam, 1975, S. 75

Schlußfolgerung

Die vietnamesische Regierung bekennt sich noch zum Prinzip der Gleichbehandlung aller und garantiert, daß alle Bürger Zugang zu einer qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung haben. Die Herausforderung besteht darin, daß Wege gefunden werden, wie eine Verbindung der Strategien, einschließlich der Krankenversicherung, der Patientenbeiträge für Behandlung und Medikamente und weiterer Maßnahmen, dazu dienen kann, daß die Qualifikation der Mitarbeiter und die Qualität der angebotenen Leistungen im Gesundheitssystem verbessert werden können. Prioritäten sind gesetzt, aber die Mittel, um in diesen Bereichen Fortschritte zu bewirken, sind noch nicht entsprechend verfügbar. Aufgrund der Infrastruktur, die weitgehend vorhanden ist, der großen Anzahl von Mitarbeitern mit einer angemessenen grundlegenden Ausbildung und der großen nationalen Produktionskapazität ist ein beträchtliches Potential gegeben, um das Niveau der Leistungen im Gesundheitswesen zu heben.

Pamela Wright