



EIN ALARMSIGNAL:

Lehren aus der Ebola-Krise



Save the Children

Teilübersetzung des Reports „A Wake-up Call -
Lessons from Ebola for the world's health systems“

Save the Children arbeitet in mehr als 120 Ländern.
Wir retten Kinderleben. Wir kämpfen für ihre Rechte.
Wir helfen ihnen ihr Potential auszuschöpfen.

DANKSAGUNGEN

This report was written by Simon Wright and Luisa Hanna with Mathilde Mailfert.

The authors would like to thank the following colleagues across Save the Children for their comments and inputs: Jonathan Glennie, Lisa Wise, Jose Manuel Roche, Kitty Arie, Mihir Mankad, Zaeem UI-Haq, Leah Finnegan, Francesco Checchi, Georgina Mortimer, George Graham, Gerbrand Alkema, Patrick Watt, Frazer Goodwin and colleagues from the USA, Norway, Canada and Australia. In particular, we thank our colleagues from Save the Children Liberia, Guinea and Sierra Leone.

We are also grateful for advice and comments received from external reviewers, including Thomas O'Connell (UNICEF) and Dr Fred Martineau (London School of Hygiene and Tropical Medicine [LSHTM]) for their comments on the Ebola and universal health coverage and health financing sections; and Matti Kohonen and Laura Fletcher (Christian Aid); Dr Michael Thiede (Scenarium Group); Robert Marten (Rockefeller Foundation); Matthew Jowett and Joseph Kutzin (World Health Organization); Tim Powell-Jackson (LSHTM); Ajay Tandon and Christoph Kurowski (World Bank); and Di McIntyre (University of Cape Town).

© The Save the Children Fund 2015
Veröffentlicht von
Save the Children
1 St John's Lane London EC1M 4AR UK
+44 (0)20 7012 6400 savethechildren.org.uk

The Save the Children Fund ist eine Wohlfahrtsorganisation registriert in England: Wales (213890) und Schottland (SC039570). Eingetragene Gesellschaft Nr. 178159.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt, kann aber für Lehrzwecke ohne Gebühr oder vorherige Zustimmung reproduziert werden, aber nicht zum Wiederverkauf. Für das Kopieren zu anderen Zwecken, muss eine vorherige Zustimmung vom Herausgeber erteilt werden, die gebührenpflichtig sein kann.
Gesetzt von starlit design

Titelfoto: Vater und Sohn in Guinea. Beide zeigen Ebola Symptome und werden in ein spezielles Behandlungszentrum verlegt. Foto: Samuel Aranda/Panos Pictures



FOTO: ALBERTO ROJAS/SAVE THE CHILDREN

DIE EBOLA-EPIDEMIE IN ZAHLEN

ANSTECKUNGEN UND TODESFÄLLE

23.218 Ebola-Fälle bis zum 18. Februar 2015

9.365 Todesfälle bis 18. Februar 2015

488 Pflegekräfte, die ihr Leben verloren haben

FINANZIELLE KOSTEN

4,3 Mrd. US-Dollar die geschätzte Summe für die bisherigen Zusagen von Geberländern für den Einsatz gegen Ebola. Das ist 15x mehr als der nationale Gesundheitshaushalt der drei Länder pro Jahr.

1,58 Mrd. US-Dollar Finanzierungslücke im Jahr 2012, um eine medizinische Grundversorgung für die Gesamtbevölkerung in allen drei Ländern zu gewährleisten.

3x Die Kosten im Kampf gegen Ebola sind mindestens dreimal so hoch wie die Kosten für den Aufbau eines allgemeinen Gesundheitssystems.

DIE GENERELLE KRISE DER GESUNDHEITSSYSTEME

28 Länder, deren Gesundheitssysteme so schwach wie oder noch schwächer sind als in Liberia

1 Milliarde So viele Menschen werden nie mit einem Gesundheitsmitarbeiter in Berührung kommen.

KINDERSTERBLICHKEIT

17.000 Kinder unter fünf Jahren sterben jeden Tag an vermeidbaren Ursachen.

35 von 75 Schwellenländern werden voraussichtlich Millenniumentwicklungsziel 4 (MDG) in 2015 erreichen.

NUR 16 Länder werden die Ziele für die am stärksten gefährdeten Kinder des Landes erreichen.

DIE KOSTEN EINER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG

86 US-Dollar Empfohlene Mindestausgaben pro Person für eine medizinische Grundversorgung

7.704 US-Dollar ist der Betrag pro Person, den die Regierung in Norwegen im Jahr 2012 für Gesundheit ausgab. Norwegen ist das Land mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben.

9 US-Dollar ist der Betrag, den die Regierung in Guinea im selben Jahr dafür ausgab.

DIE KOSTEN EINER GRUNDVERSORGUNG FÜR ALLE MENSCHEN

101 Mrd. US-Dollar Die Finanzierungslücke für eine medizinische Grundversorgung für alle Menschen in den 75 Ländern weltweit mit der höchsten Mütter- und Kindersterblichkeit

75% davon könnte von den nationalen Regierungen bereitgestellt werden, wenn sie selbst die folgenden internationalen Ziele erreichen:

- Erhöhung der Steuereinnahmen auf 20% des Bruttoinlandsprodukts

und

- Verteilung von 15% des nationalen Haushalts auf das Gesundheitswesen

ZUSAMMENFASSUNG: EIN FURCHTBARER PREIS

Ebola hat einen furchtbaren Preis in den drei Ländern Westafrikas gefordert, die von dem derzeitigen Ausbruch der Epidemie betroffen sind: Guinea, Sierra Leone und Liberia. Tausende Erwachsene und Kinder sind gestorben, unter Schmerzen und – aufgrund der Ansteckungsgefahr dieser Krankheit – weit entfernt von ihren Familien. Ebola hat Auswirkungen auf das Leben jedes einzelnen Kindes in diesen Ländern: Manche sind durch den Tod von Eltern oder Betreuungspersonen am Boden zerstört, und alle sind von Unterrichtsausfällen betroffen und entbehren medizinische Grundversorgung.

Über die augenblickliche menschliche Tragödie hinaus hat der Ebola-Ausbruch weitreichende Folgen und wird diese auch weiterhin haben. Gesundheitseinrichtungen sind geschlossen. Bildungsprogramme sind eingestellt. Ebola betrifft ganze Wirtschaftssysteme, und die Reaktion darauf kostet Milliarden. Save the Children ist neben vielen anderen vor Ort, um der weiteren Ausbreitung durch neue Infizierungen vorzubeugen, Kranke zu behandeln und betroffene Kinder zu versorgen.

Auch wenn offenbar die Krankheit endlich unter Kontrolle gebracht werden konnte, müssen wir dringend von dieser Krise lernen: zum Wohl der drei betroffenen Länder und alle anderen Länder, die nicht über angemessene Gesundheitssysteme verfügen.

URSACHEN UND LEHREN

Die Umstände und Gründe, die dazu geführt haben, dass sich der Ebola-Virus in diesen Ländern ausbreiten konnte, sind komplex: dazu zählen das Fehlen von Frühwarn- und Überwachungssystemen, traditionelle Bestattungspraktiken und das Ausbleiben schneller Gegenmaßnahmen. Auch hat die internationale Gemeinschaft viel zu langsam reagiert. Es hat viel zu lange gedauert, das Ausmaß dieses Ausbruchs zu begreifen und entsprechend zu handeln.

Aber während es viele Lehren gibt, die aus dem Ebola-Ausbruch und dem internationalen Vorgehen gezogen werden können, konzentriert sich dieser Bericht auf einen Faktor, der es erst möglich machte, dass Ebola außer Kontrolle geriet: die schwachen Gesundheitssysteme der drei betroffenen Länder.

In diesem Bericht dokumentiert Save the Children die bestehenden Schwächen des Gesundheitswesens in den drei Ländern, die am schlimmsten betroffen sind. Es besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, dass die Krise nicht schnell eingedämmt, umgedreht oder abgeschwächt wurde, weil die nationalen Gesundheitssysteme in diesen Ländern gefährlich unterversorgt, unterbesetzt und schlecht ausgerüstet waren. Die Verbreitung des Virus lässt sich zu einem großen Teil auf den schlechten Zustand dieser Gesundheitswesen zurückführen. Schnell überwältigte der Virus die Gesundheitssysteme, die nicht in der Lage waren, mit einem großen Seuchenausbruch fertig zu werden. Diese Unfähigkeit, einen medizinischen Katastrophenfall zu bewältigen, spiegelt eine ähnliche Unfähigkeit wider: das Unvermögen, langfristig die alltäglichen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu versorgen.

Der schlechte Zustand der Gesundheitssysteme in Liberia, Sierra Leone und Guinea ist kein Geheimnis, wurde aber auf nationaler oder globaler Ebene nie beachtet. Im Jahr 2012 gab die Regierung in Liberia 20 US-Dollar pro Person und Jahr für Gesundheit aus, in Sierra Leone waren es 16 US-Dollar und in Guinea 9 US-Dollar – weit unter dem Mindestbetrag von 86 US-Dollar, der empfohlen wird, um ein Mindestpaket von essenziellen Gesundheitsleistungen bereitstellen zu können. Im Vergleich dazu gab Norwegen 7.704 US-Dollar für die Gesundheit jedes Bürgers aus. Die fehlenden Investitionen spiegeln große Mängel wider: sie bestimmen die Anzahl von Ärzten und Krankenschwestern, von Kliniken, Krankenhäusern, Ausrüstung und Medikamenten, die zur Verfügung

standen, als der Notfall eintrat und der Ebola-Virus sich verbreitete. Während in Großbritannien ein Gesundheitsarbeiter für 88 Menschen zuständig ist, ist es in Liberia einer für 3.472 Bewohner und in Sierra Leone einer für 5.319. Liberia verfügt nur über 51 Ärzte für das gesamte Land, und in Sierra Leone gibt es 1.017 Krankenschwestern und Hebammen.

Darüber hinaus sind die existierenden Gesundheitsdienste nicht allgemein zugänglich – die ärmsten und am stärksten ausgegrenzten Menschen hatten also weniger Chancen, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, auch wenn sie einen größeren Bedarf hatten.

VORSORGEN IST DIE BESTE MEDIZIN

Die Ebola-Krise muss uns allen ein Weckruf sein, ernsthaft aktiv zu werden, um das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern zu verbessern. Wenn wir das nicht tun, dann verursachen wir unnötige Todesfälle und tägliches Leiden. Wir riskieren auch künftige Ausbrüche von Infektionskrankheiten, die das Potenzial haben, in unserer vernetzten Welt zu weltweiten Pandemien zu führen – auch von Krankheiten, die noch ansteckender sind als Ebola. Wissenschaftler der Universität von Washington haben berechnet, dass ein Grippe-Ausbruch vom Ausmaß der Spanischen Grippe im Jahr 1918 das Potenzial hätte, weltweit bis zu 81 Millionen Menschen zu töten.

Eine neue Analyse von Save the Children zeigt, dass die Kosten für Investitionen in den Bau von umfassenden Gesundheitssystemen in diesen Ländern viel geringer sind im Vergleich zu den Kosten für die Bekämpfung von Ebola. Die Kosten für die Ebola-Reaktion werden auf mindestens 4,3 Milliarden US-Dollar geschätzt – bis jetzt. Das ist fast dreimal so viel wie die Finanzierungslücke von 1,58 Milliarden US-Dollar, mit der ein Mindestpaket von essenziellen Gesundheitsdiensten für alle Menschen in Sierra Leone, Guinea und Liberia hätte bereitgestellt werden können. Vorsorgen ist eindeutig die beste Medizin.

28 LÄNDER SIND EBENSO ANFÄLLIG – ODER NOCH ANFÄLLIGER – FÜR KRANKHEITSAUSBRÜCHE

In diesem Bericht blickt Save the Children über die von Ebola betroffenen Länder hinaus. Ein neuer **Health Access Index** (GesundheitszugangsindeX) zeigt, dass Sierra Leone, Liberia und Guinea bei weitem nicht die einzigen Länder mit schwachen Gesundheitssystemen sind. Dr. Ariel Pablos-Mendez, Verwaltungsleiter für Globale Gesundheit von USAID hat festgestellt: „Die mangelhaften Verhältnisse im schwachen Gesundheitssystem für Personal und Systeme haben diese Länder daran gehindert, auf die Ebola-Epidemie zu reagieren – aber diese Länder sind nicht die einzigen, in denen zu wenige Gesundheitskräfte ausgebildet werden und die Ausbildung und Ausrüstung unzureichend sind.“

Der Index listet die „Countdown 2015-Länder“ (1), nämlich die 75 Länder mit der höchsten Kindersterblichkeit in der Welt (2). Auf dieser anhand von international erhobenen Daten erstellten Rangliste gehörten Sierra Leone und Liberia – vor Ausbruch der Ebola-Krise – nicht einmal zu den 20 untersten Ländern. Insgesamt schneiden **im Index 28 Länder schlechter als Liberia** ab. Dieses Ergebnis basiert auf Daten über die Ausgaben für Gesundheit, die Zahl der Gesundheitskräfte, die Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern sowie ihre Sterblichkeitsraten. Diese Länder sind extrem anfällig für künftige Ausbrüche von Infektionskrankheiten. Sogar jene wie etwa Nigeria, welche in der Lage waren, Fälle von Ebola frühzeitig zu stoppen, bevor diese die breitere Bevölkerung erreichen konnten.

Ebola und andere Infektionskrankheiten sind Bedrohungen von hohem Stellenwert und alarmieren die Welt, nicht zuletzt aus Angst vor internationaler Verbreitung. Aber hinzu kommt dort **die alltägliche Belastung durch Tod und Krankheit**, die durch den Mangel an allgemein zugänglichen Gesundheitsdiensten verursacht wird – mit einer inakzeptabel hohen Sterblichkeitsrate von Müttern, Neugeborenen und Kindern.

Während die Zahl der Todesfälle bei Kindern weltweit gefallen ist, zeigen zwei Probleme, dass robustere Gesundheitssysteme notwendig sind. Erstens fällt die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen nicht schnell genug. Kinder sterben innerhalb der ersten 28 Lebenstage, weil nicht jede Geburt von einem ausgebildeten Gesundheitshelfer begleitet wird. Wir zeigen in unserem Bericht, basierend auf nationalen Durchschnittswerten, dass nur 35 der Countdown-2015-Länder auf dem Weg sind, das Millenniumsziel 4 bezüglich Kindersterblichkeit bis zum Ende dieses entscheidenden Jahres zu erreichen. Zweitens ist der Rückgang der Kindersterblichkeit noch lange nicht ausgewogen. Kinder aus den ärmsten Haushalten und Regionen bleiben zurück. Nur 16 der 75 Countdown-2015-Länder zeigen ausreichende Fortschritte unter den ärmsten und am stärksten ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG (UNIVERSAL HEALTH COVERAGE)

Eine der wichtigsten Lehren aus dieser Krise ist die Notwendigkeit, umfassende Gesundheitssysteme mit ausreichend Finanzierung, Personal und Ausrüstung aufzubauen, um genauso gut mit alltäglichen Problemen wie mit Ausbrüchen von Infektionskrankheiten umzugehen. Save the Children ist davon überzeugt, dass alle Länder sich jetzt **einer Allgemeinen Gesundheitsversorgung** verpflichten müssen – es muss das Prinzip gelten, dass jeder Mensch auf der Welt Zugang zu einer wertigen und essenziellen Gesundheitsversorgung hat, und nicht nur diejenigen, die es sich leisten können. Die Bewegung zum Aufbau einer Allgemeinen Gesundheitsversorgung hat an Schwung gewonnen, sogar noch vor Ausbruch der Ebola-Krise. Wichtige Regierungen, zivilgesellschaftliche Organisationen und Institutionen wie die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank haben diesem Thema höchste Priorität eingeräumt. Indem wir ihrer Forderung nach „Gesundheit für alle“ nachkommen, würden wir nicht nur den Ländern helfen, mit den Ausbrüchen von Krankheiten umzugehen – es würde die Welt auf den Weg bringen, die Zahl der vermeidbaren Todesfälle bei Kindern auf Null zu bringen.

BEZAHLBAR UND REALISTISCH

Manche behaupten, dass die Allgemeine Gesundheitsversorgung unerschwinglich für arme Länder sei. Save the Children glaubt daran, dass sie umsetzbar wäre. Auch die Regierungen von einkommensschwachen Ländern können und müssen mehr für die Gesundheit ausgeben, zunächst indem sie nationale Ressourcen aufstocken durch die Verbesserung ihres Steuersystems und dann indem sie einen größeren Teil ihrer zur Verfügung stehenden Mittel in Gesundheit investieren. Die internationale Gemeinschaft, einschließlich des Weltwährungsfonds, müssen diese Länder bestärken, die Regierungsausgaben für Gesundheit zu einem Mindestbetrag von 86 US-Dollar pro Kopf pro Jahr zu erhöhen.

Dieser Bericht zeigt, wie die Länder im Health Access Index eine Lücke von geschätzten 101 Milliarden US-Dollar schließen können, um die Kosten für Gesundheitsdienste für die Gesamtbevölkerung bestreiten zu können. Jedes Land könnte Fortschritte machen auf dem Weg zur Ausgabe von 86 US-Dollar aus öffentlichen Mittel pro Kopf für die Gesundheit, indem sie internationale Haushaltsziele erreichen: 20% des Bruttoinlandsprodukts werden als Staatseinkünfte erhoben und 15% des Staatshaushalts fließen in das Gesundheitswesen. Steuerflucht wird bekämpft, illegale Finanzflüsse werden eingedämmt und neuartige Steuern eingeführt – all diese Maßnahmen tragen zum Abbau der Finanzierungslücke bei. Für viele der ärmsten Länder wird es weiterhin notwendig sein, dass noch weit in die Zukunft durch Auslandshilfe essenzielle Gesundheitssysteme bereitgestellt werden. Ebola muss auch ein Alarmsignal für alle internationalen Geber und Spender sein, um sicherzustellen, dass sie Länder beim Aufbau umfassender Gesundheitsleistungen unterstützen und dadurch Länder stärken, die mit allen Gesundheitsbedrohungen fertig werden und nicht nur mit ihren ausgewählten Prioritäten. Dazu gehören auch multilaterale Hilfsmechanismen, wie etwa die Impfallianz-Gavi und die neu vorgeschlagene Globale Finanzierungsfazilität für Mütter- und Kindergesundheit (Global Financing Facility in Support of Every Woman, Every Child) – diese müssen immer nachweisen können, wie sie umfassende und allgemeine Gesundheitsdienste aufbauen, auch wenn sie sich auf gezielte Dienstleistungen oder Krankheiten konzentrieren.

2015 BIETET EINE HISTORISCHE CHANCE

Angetrieben vom Weckruf durch die Ebola-Krise bietet das Jahr 2015 die Möglichkeit, jetzt aktiv zu werden und für einen historischen Wandel zu sorgen. Die Vereinten Nationen werden im September über eine globale Entwicklungsagenda für die nächsten 15 Jahre abstimmen. Das Prinzip, dass jeder Zugang zu einem essenziellen Paket von Gesundheitsversorgung ohne Kosten an der Verwendungsstelle haben muss – diese umfassende Gesundheitsversorgung muss einen zentralen Platz in den Verhandlungen einnehmen.

SAVE THE CHILDREN APPELLIERT AN ALLE AKTEURE:

- **Ebola stoppen und in den Wiederaufbau des Gesundheitssystems von Sierra Leone, Liberia und Guinea investieren** – es muss sichergestellt werden, dass alle Menschen jetzt und in Zukunft Zugang haben zu essenziellen Gesundheitssystemen und das ohne Kosten an der Verwendungsstelle. Wir müssen auch nationale und internationale Bereitschaftspläne ausbauen und finanzieren, einschließlich der Überwachung der öffentlichen Gesundheit, von Warn- und Überweisungssystemen sowie Versorgungskettensystemen, die in einem

Notfall schnell handeln und auf den Ausbruch von Krankheiten reagieren können.

- Sich zum Aufbau von Systemen der umfassenden Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) in allen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen verpflichten. Investitionen erhöhen in umfassende Gesundheitsdienste, die essenziellen Versorgungsdiensten den Vorrang geben, darunter die Versorgung bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten sowie kostenfreie Mütter- und Kindergesundheitsversorgung für alle Menschen. Dazu ist es erforderlich, dass Regierungen mehr öffentliche Gelder erheben und ausgeben, indem sie Steuern gerecht erhöhen, von direkten Kostenbeteiligungen in Form von „out-of-pocket-payments“ abrücken und Steuerhinterziehung und Steuerflucht bekämpfen. Bilaterale Geber und multilaterale Initiativen wie die Impfallianz-Gavi, der Global Fonds und die neu vorgeschlagene Globale Finanzierungsfazilität für Mütter- und Kindergesundheit müssen einen Anteil in Gesundheitssystemstärkung investieren
- Sicherstellen, dass die **nachhaltigen Entwicklungsziele** sich dazu verpflichten, **vermeidbare Todesfälle von Kindern zu beenden, Ungleichheiten zu verringern und die allgemeine Gesundheitsversorgung zu unterstützen.**



FOTO: CHRIS DE BODE/SAVE THE CHILDREN

WARUM HAT SICH EBOLA IN MANCHEN LÄNDERN AUSGEBREITET UND IN ANDEREN NICHT?

Ein breites Spektrum von Faktoren hat beeinflusst, ob es zu einem Ebola-Ausbruch in den Ländern kam oder diese schnell genug gehandelt haben, um eine Verbreitung zu begrenzen. Ebola hat sich schneller verbreitet als vorherige Ausbrüche im Zentralafrika und hat erstmals urbane Gebiete erreicht. Westafrika war bisher nie betroffen und entsprechend unvorbereitet. Kulturelle Besonderheiten wie bestimmte Begräbnisrituale haben zur schnellen Verbreitung beigetragen.

Trotzdem haben Länder wie Senegal, Mali und Nigeria schnell auf Ebola reagiert und dadurch die Infektionen eingedämmt, obwohl auch ihre Gesundheitssysteme genauso gefährdet waren wie die in Guinea, Liberia und Sierra Leone. (s. Tabelle 1) Laut WHO waren die potenziell gefährdeten Regionen im Sommer 2014 in höchster Alarmbereitschaft, da sie verfolgt haben, wie verheerend sich der Virus verbreitet hat und zu großen Beeinträchtigungen der Wirtschafts- und Sozialsysteme geführt hat.

Nachdem sie die wachsende Epidemie in Nachbarländern über Monate beobachtet haben, konnten Nigeria, Senegal und Mali sofort und entschieden handeln, der erste Fall wurde als nationaler Katastrophenfall behandelt. Die Präsenz einer Seuchensensibilisierung, Überwachungs-

und Reaktionssysteme, und die Ausbildung von Gesundheitspersonal im Management von Infektionskrankheiten haben auch hier eine Schlüsselrolle gespielt. Auch verfügten diese Länder über gut ausgestattete Labore. Die Kontaktverfolgung im Senegal, in Mali sowie in Nigeria war zielführend, die meisten Kontaktpersonen konnten isoliert werden.

In Nigeria kam eine Person krank aus Liberia am Flughafen in Lagos an und wurde in ein Privatkrankenhaus eingeliefert. Ebola wurde nicht sofort diagnostiziert. Neun Gesundheitsmitarbeiter wurden infiziert und es entstand eine weltweite Panik, dass sich Ebola in den überbevölkerten Slums von Lagos ausbreiten würde. Dort ist eine Gesundheitsversorgung weder gerecht verteilt, noch derzeit möglich. Trotzdem war die Kontaktvermittlung zielführend. Nigeria adaptierte ein Polio-Überwachungssystem, das 2012 bei der Ausrottung von Polio erfolgreich war und von Ärzten mit internationaler Ausbildung in Epidemiologie entwickelt wurde. Nigeria brauchte zwei Wochen um die erste Isolierstation zu öffnen: ausreichend Schutzausrüstung und medizinische Ausrüstung wurden schnell zur Verfügung gestellt. Der Virus hat sich nicht in die dicht besiedelten Elendsviertel von Lagos ausgebreitet. Nigerias Reaktion auf die Epidemie war ausgesprochen erfolgreich.



FOTO: KRISTA ARMSTRONG / SAVE THE CHILDREN

Fatou*, 4 Jahre, mit ihrem Onkel

FATOU*

Die kleine Fatou* ist eine Ebola-Überlebende. Doch die Krankheit hat ihr einen Großteil ihrer Familie genommen. Die Überlebenden tun alles, um die Familie beisammen zu halten.

Die Vierjährige lebte mit ihrer großen Familie im Haus ihrer Großmutter als eines der Familienmitglieder erkrankte. „Fatou lebte bei ihrer Oma, die sie oft in die Arme nahm. Wir alle wohnten zusammen, und dann als Oma krank wurde, brachten wir sie ins Krankenhaus. Dort ist sie gestorben. Fatous Großvater, mein Vater, ist auch gestorben. Und dann Fatous Onkel und ihr Bruder. Insgesamt sind sechs Mitglieder unserer Familie weg gestorben“, berichtet ihr Onkel Mohamad.

Kurze Zeit später entwickelte Fatou Symptome, die zum Krankheitsbild von Ebola passten. „Wir eilten mit ihr ins Kinderkrankenhaus. Dort blieb sie vier Tage und wurde positiv getestet. Dann wurde sie nach Kerry Town gebracht.“ Fatou verbrachte zwei Wochen im Krankenhaus von Kerry Town. Ihr Vater besuchte sie mehrmals. „Wir hatten nicht erwartet, dass sie überlebt. Sie war am Virus erkrankt, genau wie alle unsere anderen Verwandten – und sie sind alle tot. Alle sechs. Wir haben uns so große Sorgen

gemacht und waren total verwirrt. Aber heute geht es ihr offensichtlich besser, und sie ist geheilt. Ich bin überzeugt, dass sie jetzt okay ist. Ich bin so glücklich. So glücklich, dass sie überlebt hat“, berichtet ihr Onkel.

Zwei Wochen verbrachte die vier Jahre alte Fatou im Kerry Town Ebola-Zentrum von Save the Children ohne die Begleitung ihrer Familie. Betreuer und das Stationsteam kümmerten sich um sie. Anfangs schien die traumatische Erfahrung die kleine Fatou zu erdrücken. Sie vermied Augenkontakt, saß still und düster neben einem der älteren Überlebenden und sprach mit niemandem. Als dann ihr Onkel kam, flog sie in seine Arme und verließ seine Seite nicht mehr.

Ihr Onkel Mohamad tut alles, um Ebola zu bekämpfen. Er berichtet, dass diese Epidemie real ist, und bestärkte die Menschen, sich testen und behandeln zu lassen, wenn sie Symptome zeigen.

Aber er räumt ein: „Wir haben große Geldsorgen, wegen Ebola ist die Situation im Land sehr schlecht. Viele Leute finden keine Arbeit mehr, der Handel ist sehr eingeschränkt. Früher lebten hier viele Menschen. Aber jetzt sind alle weg.“

*Name aus Sicherheitsgründen geändert

DIE VERSTECKTE KRISE - DIE KOMPLETTEN AUSWIRKUNGEN DER EBOLA-KRISE

“Die größte Lektion, die die Welt letztes Jahr gelernt hat, ist, dass gut funktionierende Gesundheitssysteme kein Luxus sind. Gut funktionierende Gesundheitssysteme sind die Dämmung, die im Katastrophenfall das Schlimmste verhindern.“

Margaret Chan
Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation(WHO),
2015 ⁽¹²⁾

Während der Ebola-Virus schon an sich eine zerstörerische Wirkung hatte, hat er eine zweite Krise ausgelöst, die für die Kinder in diesen drei Ländern noch weitreichendere Auswirkungen zeigt. Bis zum 21. Januar 2015 wurden in Liberia, Sierra Leone und Guinea 830 Infektionsfälle bei Gesundheitsarbeitern gemeldet, darunter 488 Todesfälle. (13) Viele Gesundheitseinrichtungen mussten geschlossen werden und andere wurden mit der Übertragung von Ebola in Verbindung gebracht, sodass die Menschen sie mieden und dort keine medizinische Hilfe suchten. Die fragilen Gesundheitssysteme waren nicht dazu geeignet, die Betroffenen der Ebola-Epidemie zu versorgen und gleichzeitig die tägliche Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten.

Der eingeschränkte Zugang zu medizinischer Versorgung betrifft besonders Kinder und Schwangere. Im Stadtteil Clara Town der Hauptstadt Monrovia hat dies zu einem massiven Rückgang in der Durchimpfungsrate geführt: während vor dem Ausbruch 97% der Kinder routinemäßig geimpft wurden, waren es zum Höhepunkt der Epidemie nur 27%, die vor gängige Krankheiten geschützt wurden. (14) In Sierra Leone fiel die Impfquote gegen Masern im ganzen Land in einem Jahr um 20%. So nahm die Zahl der Masernfälle in den betroffenen Ländern drastisch zu – es wurden zwischen drei- bis viermal mehr Erkrankungen registriert als ein Jahr zuvor. Und um 40% fiel die Zahl der Kinder unter fünf Jahren, die von Mai bis September 2014 wegen Malaria behandelt wurden. (16)

Die Ebola-Krise wirkte sich auch gefährlich auf die Zahl der vorgeburtlichen Untersuchungen von Schwangeren aus: In Sierra Leone verringerte sich die Zahl zwischen Mai und September um ein Drittel. (17) Um die Hälfte im Vergleich zum Vorjahr, nämlich von 49% auf 25%, reduzierte sich in Liberia die Zahl der schwangeren Frauen, die Vorsorgeuntersuchungen erhielten. (18)

Der drastisch reduzierte Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Nahrungsmittelknappheit durch Reisebeschränkungen und kleinere Ernten haben dazu geführt, dass Kinder unter fünf Jahren und ihre Familien der ernstzunehmenden Gefahr einer akuten Unterernährung ausgesetzt sind. (19) Die Verbesserungen im Bereich der Ernährung, die sich in Liberia in der Dekade nach dem Ende des Bürgerkriegs und vor dem Ausbruch von Ebola eingestellt hatten, werden durch die aktuelle Krise wieder rückgängig gemacht. Laut Schätzungen sind es in jedem Land hunderttausende Menschen, die von der unsicheren Versorgungslage betroffen sind. Voraussichtlich wird diese Zahl im Jahr 2015 noch steigen. (20)

UNICEF warnte im September, dass allein in Liberia 1,5 Millionen Kinder von der Schließung ihrer Schulen betroffen seien. (21) Der Ebola-Ausbruch hat zudem noch eine zerstörerische Wirkung auf die Wirtschaft, die noch lange spürbar sein wird. Die Weltbank rechnet, dass sich die finanzielle Belastung in der Region über eine Periode von zwei Jahren zwischen einer optimistischen „Low Ebola“ Schätzung von 3,8 Milliarden US-Dollar und einer pessimistischen „High Ebola“ Schätzung von 32,6 Milliarden US-Dollar bewegen könne (aktualisiert am 2. Dezember 2014). (22)



FOTO: DAN STEWART/SAVE THE CHILDREN

Umahawa

UMAHAWA*

Umahawa ist eine Gesundheitsarbeiterin in einem Gemeindeggesundheitszentrum in Sierra Leone. Der rasante Ebola-Ausbruch hatte große Auswirkungen auf die Gemeinde und das Gesundheitszentrum steht vor komplett neuen Herausforderungen.

„Ebola hat riesige Auswirkungen. Viele Leute, die in diesem Zentrum als Helfer tätig waren, sind aus Angst vor der Krankheit weggegangen.“ Die NGOs in der Region sind an den Grenzen ihrer Kapazität. Selbst so einfache Dinge wie Blutdruck- oder Fiebermessungen sind schwierig, wenn die Patienten nicht berührt werden dürfen. „Viele Dinge sind wegen Ebola zum Erliegen gekommen.“

“Die Menschen bleiben aus Angst zu Hause. Die meisten Mütter kommen nicht mehr her, um ihre Kinder impfen zu lassen. Und sie kommen auch nicht mehr, selbst wenn ihre Kinder unterernährt sind und das hindert uns daran, die Unterernährung in unseren Gemeinden zu bekämpfen.”

„Die Menschen sollten nicht wie gelähmt aus Angst vor Ebola sein. Es gibt andere Lebensbedrohungen wie Malaria, Hepatitis, Lungenentzündung oder akute Atemwegserkrankungen, die lebensbedrohend für Kinder sind.“

„Wenn die Menschen nicht zum Center kommen, könnten diese Erkrankungen wieder verstärkt auftauchen.“

*Name aus Sicherheitsgründen geändert



ANTHO*

Antho wacht über ihren Sohn Kaba, 2 Jahre, der zerebrale Malaria hat und im Tshilundu Referral Hospital in Ostkasai, Demokratische Republik Kongo, behandelt wird. Kaba liegt nun im Koma.

Antho ist im neunten Monat schwanger. Das ist ihre achte Schwangerschaft. Sie hatte zwei Fehlgeburten und eine Tochter, die mit nur 11 Monaten an Malaria starb. Sie musste sterben, weil die Klinik, zu der sie ihre Tochter brachten, geschlossen war, als sie dort ankamen. Das ist nicht außergewöhnlich: viele regionale Kliniken sind unzureichend ausgestattet und dazu noch personell unterbesetzt.

Kabu bekommt Medikamente gegen die Malaria, aber Antho weiß nicht, wie sie diese bezahlen soll – oder für die Geburt ihres neuen Babys.

Auch Anthos Sorgen sind nicht außergewöhnlich. Eins von fünf Kindern der Demokratischen Republik Kongo stirbt an einer vermeidbaren Krankheit, bevor es das fünfte Lebensjahr erreicht. Save the Children hilft. Wir verteilen kostenfrei essenzielle Medikamente und Geräte an schlecht ausgestattete Gesundheitszentren, wie etwa die Klinik, in der Kabu behandelt wird. Allerdings ist das Ausmaß der Gesundheitskrise enorm.

*Name aus Sicherheitsgründen geändert.

TABELLE I (nächste Seite) zeigt die vollständige Rangliste der 75 Countdown 2015 Länder. Der Index beleuchtet unter Berücksichtigung verschiedener Daten die Zugangsgerechtigkeit. Interessanterweise zeigt der Gesundheitszugang-Index (Health Access Index), dass Guinea weit hinten auf Platz 65 des Index liegt (nur acht Plätze vor den Schlusslichtländern, den 72, für die Daten zur Verfügung stehen). Die zwei weiteren Länder, die von diesem Ebola-Ausbruch betroffen sind, finden sich mit Liberia auf Platz 44 und mit Sierra Leone auf Platz 46 wieder. Diese Länder gehören nicht zu den Ländern mit den schlechtesten Gesundheitsbedingungen. Beide Länder hatten wichtige Fortschritte gemacht in den Jahren vor Ebola. Der generelle Zugang für Gesundheitsversorgung so für professionelle Geburtshilfe wurde verbessert, außerdem wurde die Barzahlung für medizinische Versorgung abgeschafft. 28 Länder liegen im Index noch hinter

Als Schlusslichter finden sich Länder, die entscheidenden Entwicklungsherausforderungen gegenüberstehen: Somalia, Haiti, Tschad, Niger, Zentralafrikanische Republik, Guinea Bissau, Togo und Afghanistan. In diesen Ländern ist jeweils die Kinder- und Müttersterblichkeit extrem hoch. Durch den Index werden die Gründe für diese hohe Sterblichkeitsrate verdeutlicht. In allen genannten Ländern ist der Zugang zum Gesundheitswesen extrem begrenzt. Viele dieser Länder sind besonders arm, werden oder wurden von Konflikten betroffen. So ist Somalia als Folge der langanhaltenden Krise und einem mangelhaften Gesundheitswesen eines der schlimmsten Länder für Kinder.

VORBEUGUNG IST DIE BESTE MEDIZIN

Die Aufmerksamkeit ist zu Recht auf die Stärkung der drei am stärksten von Ebola betroffenen Länder gerichtet. Es gab eine außerordentliche Bereitschaft von nationalen Regierungen, internationalen Organisationen und dem Privatsektor, die Hilfsmaßnahmen zur Bekämpfung der Ebola-Epidemie und den Wiederaufbau zu finanzieren. Bis zum 17. Dezember wurden insgesamt 4,3 Milliarden US-Dollar zugesagt. (78) Das umfasst bilaterale Unterstützung (Sach- und Geldleistungen) und Unterstützung für ökonomische Stabilität. Bis zum 22. Dezember 2014 wurden 1,85 Milliarden US-Dollar ausgezahlt. (79) Am 3. März 2015 treffen sich Europäische Geber, um über die Weiterfinanzierung der Ebola-Hilfe zu beraten.

Zusätzlich zu den unmittelbaren Kosten der Ebola-Hilfsmaßnahmen, schätzt die Weltbank, dass sich die ökonomische Folgen der Krise für die drei Länder 2015 auf einen Einkommensverlust von weit über 2 Milliarden US-Dollar (über 250 Millionen US-Dollar für Liberia, etwa 1,3 Milliarden US-Dollar für Sierra Leone, etwa 800 Millionen US-Dollar für Guinea) belaufen. Bezogen auf die ganze Region liegen die ökonomischen Verluste durch Ebola bei niedriger Schätzung bei 3,8 Milliarden US-Dollar, bei hoher Schätzung bei 32,6 Milliarden. (80) Der massive Handels- und Einkommensverlust für die Wirtschaften der betroffenen Länder werden Auswirkungen haben auf die Finanzierungsmöglichkeiten für öffentliche Dienstleistungen wie Gesundheit und Bildung solange sie sich von der Krise erholen.

Vor der Ebola-Krise beliefen sich die Gesundheitsausgaben aller drei betroffenen Länder im Jahr 2012 auf schätzungsweise 280 Millionen US-Dollar. (81) 2010 wurde den Ländern etwa die gleiche Summe an Gesundheitshilfe von Gebern bereitgestellt; ein Teil der Summe findet sich in staatlichen Zahlen, wenn es über den nationalen Haushalt floss.

Somit sind die zugesagten Hilfszahlungen für die Ebola-Krise bis jetzt 15-mal höher als die jährlichen staatlichen Gesundheitsbudgets der drei Länder zusammen.

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben der drei Länder in Summe mit den Pro-Kopf-Kosten (86 US-Dollar) (83) einer minimalen, generellen Gesundheitsversorgung bezogen auf deren Gesamtbevölkerung von 22 Millionen, entsteht hochgerechnet eine Finanzierungslücke von 1,58 Milliarden US-Dollar pro Jahr. (84) Das ist weniger als ein Drittel der Kosten, die die Reaktion auf die Ebola-Krise bisher gekostet hat. Auch bei einer generellen medizinischen Grundversorgung wäre Ebola zum Ausbruch gekommen und in diesem Fall hätten viele Gegenmaßnahmen zum Stopp der Epidemie angewendet werden müssen. Aber ein besser funktionierendes Gesundheitssystem hätte schnellere und schlagkräftigere Handlungsmöglichkeiten geboten, der Ausbruch wäre schneller unter Kontrolle gebracht und die Menschen hätten die Versorgung erhalten, die ihnen zusteht.

TABELLE I VOLLSTÄNDIGE RANGLISTE DER 75 COUNTDOWN LÄNDER

| Rang | Land | Dichte von Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen (pro 10.000) | Staatliche Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ (2012) | Fachassistenz bei Geburt in Prozent | Impfungen (DTP3) | Sterblichkeitsrate von Neugeborenen (pro 1.000 Lebendgeburten) | Verhältnis zwischen den Reichsten und Ärmsten in SBA |
|------|-----------------------|--|--|-------------------------------------|------------------|--|--|
| 1 | Brasilien | 94,9 | 490,4 | 98,1 | 95,0 | 8,4 | 1,3 |
| 2 | Kirgisitan | 80,9 | 50,6 | 99,1 | 97,0 | 13,3 | 1,0 |
| 3 | Usbekistan | 143,6 | 56,0 | 99,9 | 99,0 | 14,1 | 1,0 |
| 4 | Aserbaidshan | 101,2 | 90,6 | 99,4 | 93,0 | 15,9 | 1,3 |
| 5 | Ägypten | 63,5 | 59,2 | 78,9 | 97,0 | 11,8 | 1,8 |
| 6 | Süd Afrika | 56,8 | 308,7 | 91,2 | 90,0 | 14,8 | 1,4 |
| 7 | Tadschikistan | 63,8 | 16,3 | 87,4 | 96,0 | 21,9 | 1,3 |
| 8 | Turkmenistan | 132,2 | 81,5 | 97,2 | 98,0 | 23,2 | 1,2 |
| 9 | Gabon | 53,1 | 203,1 | 89,3 | 79,0 | 22,8 | 1,3 |
| 10 | Peru | 26,5 | 198,7 | 86,7 | 88,0 | 8 | 1,7 |
| 11 | Salomonen | 22,8 | 142,0 | 85,5 | 83,0 | 13,2 | 1,3 |
| 12 | China | 29,7 | 180,0 | 99,8 | 99,0 | 7,7 | 3,3 |
| 13 | Sao Tome und Principe | 23,6 | 34,6 | 81,7 | 97,0 | 19,4 | 1,3 |
| 14 | Vietnam | 23 | 43,6 | 92,9 | 59,0 | 12,8 | 1,4 |
| 15 | Botswana | 31,8 | 216,5 | 94,6 | 79,0 | 24,9 | 1,2 |
| 16 | Kongo | 9,2 | 73,7 | 92,5 | 85,0 | 19,4 | 1,3 |
| 17 | Indonesien | 15,9 | 42,7 | 83,1 | 86,0 | 14,4 | 1,7 |
| 18 | Mexiko | 46,2 | 320,3 | 96,0 | 83,0 | 6,5 | 3,7 |
| 19 | Marokko | 15,1 | 63,7 | 73,6 | 99,0 | 17,9 | 2,5 |
| 20 | Philippinen | 71,5 | 34,8 | 72,2 | 94,0 | 13,7 | 3,7 |
| 21 | Ruanda | 7,5 | 37,9 | 69,0 | 99,0 | 20,1 | 1,4 |
| 22 | Irak | 6,1 | 121,2 | 90,9 | 78,0 | 18,7 | 1,2 |
| 23 | Swasiland | 17,7 | 192,3 | 82,0 | 98,0 | 29,8 | 1,4 |
| 24 | Bolivien | 14,8 | 106,7 | 84,0 | 80,0 | 17,9 | 2,6 |
| 25 | Kambodscha | 10,1 | 13,7 | 71,7 | 92,0 | 17,6 | 2,0 |
| 26 | Uganda | 14,2 | 10,4 | 57,4 | 97,0 | 22,1 | 2,0 |
| 27 | Benin | 8,3 | 17,0 | 80,9 | 93,0 | 26,9 | 1,6 |
| 28 | Gambia | 9,7 | 16,9 | 56,6 | 98,0 | 28,1 | 1,7 |
| 29 | Malawi | 3,6 | 18,8 | 71,4 | 89,0 | 23,2 | 1,4 |
| 30 | Komoren | 8,9 | 21,1 | 82,2 | 83,0 | 30,8 | 1,4 |
| 31 | Äquatorialguinea | 8,4 | 617,8 | 68,3 | 24,0 | 33,2 | 1,8 |
| 32 | Guatemala | 18,3 | 80,4 | 52,3 | 85,0 | 14,8 | 4,7 |
| 33 | Senegal | 4,8 | 28,6 | 65,1 | 92,0 | 23 | 3,2 |
| 34 | Burkina Faso | 6,1 | 20,5 | 65,9 | 88,0 | 26,9 | 2,0 |
| 35 | Burundi | 2,2 | 11,9 | 60,3 | 96,0 | 29,8 | 1,6 |
| 36 | Djibouti | 10,3 | 77,1 | 87,4 | 82,0 | 31,2 | 4,5 |
| 37 | Myanmar | 16,2 | 4,7 | 70,6 | 75,0 | 25,5 | 1,9 |

TABELLE I fortgesetzt

| Rang | Land | Dichte von Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen (pro 10.000) | Staatliche Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ (2012) | Fachassistenz bei Geburt in Prozent | Impfungen (DTP3) | Sterblichkeitsrate von Neugeborenen (pro 1.000 Lebendgeburten) | Verhältnis zwischen den Reichsten und Ärmsten in SBA |
|------|------------------------------|--|--|-------------------------------------|------------------|--|--|
| 38 | Vereinigte Republik Tansania | 2,5 | 16,3 | 48,9 | 91,0 | 20,7 | 2,9 |
| 39 | Ghana | 10,2 | 47,4 | 68,4 | 90,0 | 29,3 | 2,5 |
| 40 | Madagaskar | 4,8 | 11,1 | 44,3 | 90,0 | 21,4 | 2,7 |
| 41 | Angola | 18,3 | 118,4 | 47,3 | 93,0 | 46,6 | 3,7 |
| 42 | Elfenbeinküste | 6,3 | 24,2 | 59,4 | 99,0 | 37,5 | 2,6 |
| 43 | Demokratische Republik Kongo | 6,4 | 7,8 | 80,4 | 87,0 | 38,2 | 1,4 |
| 44 | Liberien | 2,9 | 19,5 | 46,3 | 89,0 | 25,6 | 3,2 |
| 45 | Mauretanien | 8 | 33,1 | 65,1 | 80,0 | 34,8 | 3,6 |
| 46 | Sierra Leone | 1,9 | 15,9 | 59,7 | 92,0 | 44,3 | 1,6 |
| 47 | Kenya | 9,7 | 17,0 | 43,8 | 84,0 | 26,3 | 4,0 |
| 48 | Lesotho | 6,7 | 108,3 | 61,5 | 66,0 | 43,9 | 2,6 |
| 49 | Nepal | 6,7 | 14,2 | 36,0 | 92,0 | 23 | 7,6 |
| 50 | Papua-Neuguinea | 5,1 | 94,4 | 53,0 | 68,0 | 24 | 3,3 |
| 51 | Jemen | 8,7 | 19,4 | 35,7 | 88,0 | 24,3 | 4,3 |
| 52 | Sambia | 8,5 | 61,6 | 46,5 | 79,0 | 29,3 | 3,4 |
| 53 | Bangladesch | 5,7 | 9,0 | 34,4 | 92,0 | 24,2 | 3,9 |
| 54 | Eritrea | 6,3 | 7,8 | 34,1 | 94,0 | 17,7 | 10,5 |
| 55 | Indien | 24,1 | 20,3 | 52,3 | 76,0 | 29,2 | 3,6 |
| 56 | Kamerun | 5,2 | 19,8 | 63,6 | 89,0 | 28,2 | 5,1 |
| 57 | Pakistan | 14 | 12,4 | 52,1 | 66,0 | 42 | 2,9 |
| 58 | Sudan | 11,2 | 26,8 | 23,1 | 93,0 | 29,9 | 10,5 |
| 59 | Togo | 3,3 | 21,0 | 59,4 | 84,0 | 30,4 | 3,4 |
| 60 | Lao, PDR | 10,6 | 20,6 | 41,5 | 87,0 | 29,1 | 8,4 |
| 61 | Mosambik | 4,5 | 16,5 | 54,3 | 78,0 | 30,4 | 2,8 |
| 62 | Guinea-Bissau | 6,6 | 6,8 | 43,0 | 96,0 | 44 | 3,6 |
| 63 | Mali | 5,1 | 16,4 | 56,1 | 76,0 | 40,2 | 2,9 |
| 64 | Niger | 1,6 | 10,1 | 29,3 | 92,0 | 27,5 | 6,0 |
| 65 | Guinea | 6,1 | 9,0 | 45,3 | 90,0 | 32,8 | 4,9 |
| 66 | Zentralafrikanische Republik | 3,1 | 8,8 | 53,8 | 28,0 | 43 | 2,6 |
| 67 | Äthiopien | 2,8 | 8,5 | 10,0 | 82,0 | 27,5 | 26,8 |
| 68 | Haiti | 3,6 | 12,0 | 37,3 | 85,0 | 24,9 | 8,1 |
| 69 | Afghanistan | 7,3 | 10,7 | 38,6 | 90,0 | 36,3 | 4,9 |
| 70 | Nigeria | 4,1 | 29,4 | 38,1 | 65,0 | 37,4 | 15,0 |
| 71 | Chad | 2,3 | 14,1 | 22,7 | 80,0 | 39,8 | 7,6 |
| 72 | Somalia | 1,5 | 1,7 | 33,0 | 34,0 | 46,2 | 7,2 |

Daten nicht verfügbar für Süd Sudan, DPR Korea, Simbabwe

Die Ebola-Ausbrüche in Guinea, Liberia und Sierra Leone haben die Region stark betroffen. Tausende sind unter Schmerzen und in Isolation gestorben. Viele Kinder haben ihre Eltern durch Ebola verloren. Millionen Kinder erhielten keine medizinische Grundversorgung und Schulbildung.

Die Ebola-Krise hat verdeutlicht, dass ein schlecht ausgestattetes, unterbesetztes und fragmentiertes Gesundheitssystem Ausbrüche von schweren Infektionskrankheiten nicht eindämmen, oder auf Gesundheitskrisen angemessen reagieren kann. Dieses Versagen von Gesundheitssystemen, eine aufkommende Krise zu stoppen, verbunden mit einer mangelhaften internationalen Reaktion, hätte weitreichende und katastrophale globale Folgen haben können und könnte diese in der Zukunft noch haben.

Die Faktoren, die zur Ausbreitung von Ebola in Guinea, Liberia, und Sierra Leone geführt haben, sind nicht allein auf diese drei westafrikanischen Länder beschränkt. Die Nachbarländer – Niger, Tschad, Zentralafrikanische Republik, Mali, Guinea Bissau – sind fast auf den letzten Plätzen des Health Access Index. 28 Länder haben ähnlich unzureichende oder schlechtere Gesundheitswesen als Liberia. Andere Länder müssen von dem Ebola-Ausbruch lernen, um ihr eigenes Gesundheitswesen jetzt zu stärken.

Ebola ist inzwischen eine weltweit bekannte Krankheit. Aber es gibt andere Gesundheitskrisen, die sich täglich in vielen armen Ländern zutragen. Wie Ebola liegt ihre Ursache in unzureichenden Gesundheitssystemen. 2012 sind immer noch 6,3 Millionen Kinder an vermeidbaren Todesursachen gestorben. Zwei Millionen Babys sterben in ihrem ersten Lebensmonat. Seit 1990 wurde die Kindersterblichkeit enorm reduziert, doch dies gilt nicht für die ärmsten und am stärksten benachteiligten Kinder.

Um etwas Positives aus der Ebola-Krise hervorzuheben, bedarf es einer erneuerten globalen Gesundheitsagenda: mit fairer Verteilung

von Zugängen, mit einem Schutz vor finanziellem Risiko, die auf lokale Krankheitsbelastungen und -bedürfnisse reagiert und die unbeschränkten Zugang zu hochwertiger, präventiver, fördernder, kurativer und rehabilitativer Gesundheitsversorgung gewährleistet. Universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) liefert die Grundlage für diesen neuen Ansatz zu stärker integrierten und nachhaltigeren Gesundheitswesen. Damit eine Universelle Gesundheitsversorgung erreicht werden kann, muss der Mensch im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen, ebenso wie ein verbesserter Zugang zu notwendigen Medikamenten und Technologien und Verstärkung des Gesundheitspersonals. Auch muss es Änderungen in der Förderung von Gesundheitspolitik so wie bei der Bereitstellung von Hilfe in den Empfängerländern geben.

Die Verbesserung des Gesundheitswesens, das schon zu lange unzureichend ist, muss in der Verantwortung auf lokaler und nationaler Ebene liegen. Die Nachhaltigen Entwicklungsziele müssen dazu dienen, diese Gesundheits-Agenda zu stärken. Ohne diese Veränderung würden zu viele Gesundheitswesen in einem ungerechten, unmenschlichen und gefährlichen Zustand verharren. Entscheidend dafür, ist es den Ländern zu ermöglichen, mehr Geld aufzubringen und auszugeben, um die Lücke zu füllen.

Die Welt hilft jetzt Guinea, Liberia, und Sierra Leone den Ebola-Ausbruch zu bewältigen und wird sie dabei unterstützen, ihre Gesundheitswesen nach Ende der Krise wieder aufzubauen. Auf einer WHO Sitzung war kürzlich zu hören: "Die Ebola-Krise in Westafrika bietet eine zeitlich beschränkte Gelegenheit, die nicht verschwendet werden sollte. Maßnahmen für die Stärkung von Gesundheitssystemen und deren Widerstandsfähigkeit sollten jetzt etabliert werden." (158) Wenn die Prinzipien des UHCs angewendet werden, werden diese Länder besser aufgestellt sein, um effektiv auf Ausbrüche von Infektionskrankheiten zu reagieren. Die Lehren aus der Ebola-Krise untermauern die Notwendigkeit für eine Universelle Gesundheitsversorgung in den ärmsten Ländern. Jetzt bedarf es einer Umsetzung.



FOTO: KATE ANKROYD/SAVE THE CHILDREN

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Um dafür zu sorgen, dass die Welt die Lehren dieses Ebola-Ausbruchs zieht und die Gelegenheit annimmt, die langjährige Ungerechtigkeit unzureichender und damit gefährlicher Gesundheitssysteme in Ländern mit niedrigem Einkommen anzugehen, müssen alle Parteien handeln, um eine Universelle Gesundheitsversorgung zu erzielen:

FÜR GUINEA, SIERRA LEONE UND LIBERIA FORDERN WIR:

- Die internationale Hilfe muss aufrecht erhalten werden, um neue Ebola-Infektionen zu unterbinden.
- In den Wiederaufbau der Gesundheitswesen der drei Länder investieren und dessen unbeschränkte Nutzung jetzt und in Zukunft garantieren.
- Investitionen in einen nationalen und einen internationalen Notfallplan. Dieser muss Gesundheitskontrollsysteme, Frühwarn- und Überweisungssysteme und Versorgungskonzepte im Katastrophenfall beinhalten.

POLITISCHE FÜHRUNGSKRÄFTE IN LÄNDERN MIT NIEDRIGER GESUNDHEITSVERSORGUNGSRATE SOLLTEN:

- Sich öffentlich verpflichten, flächendeckende Gesundheitsversorgung aufzubauen, die kaum oder keine direkten Zahlungen umfassen. Gesundheitsdienstleister und Regierungen müssen in ihrer Verantwortlichkeit gestärkt werden.
- Investition in umfassende Gesundheitsdienste erhöhen, angefangen mit der Grundversorgung und der unerlässlichen Versorgung von Infektionskrankheiten und der Priorisierung von Mütter- und Kindergesundheit.
- Staatsfinanzen aufstocken durch die Erhöhung von fairer Besteuerung und verstärkter Maßnahmen gegen Steuerhinterziehung und Steuerflucht
- Investieren in nationale Bereitschaftspläne für mögliche Ausbrüche von Infektionskrankheiten,

die Überwachung der Volksgesundheit, in Systeme zur Frühwarnung und Überweisungen, in Versorgungskonzepte, die in Notsituationen schnell medizinische Ausrüstung und Medikamente beschaffen und/oder verteilen können.

- SDG Ziele verwandeln in national-relevante Ziele und Indikatoren mit Messbarkeit auf nationaler Ebene etablieren.

INTERNATIONALE INSTITUTIONEN UND GEBER SOLLTEN:

- Dafür sorgen, dass Hilfe und globale Unterstützung genutzt wird, um geeignete und umfassende Gesundheitsdienste zu unterstützen und aufzubauen.
- Dafür sorgen, dass multilaterale Initiativen so wie die Gavi Vaccine Alliance, der Global Fund und die neu geplante Global Financing Facility für Fortpflanzungs-, Mütter- und Kindergesundheit die umfassenden und flächendeckenden Gesundheitsdienste unterstützen und dies belegen.
- Nationale und internationale Reformen einzuführen, um illegale Geldflüsse und Steuerhinterziehung einzudämmen.
- Die Internationalen Gesundheitsbestimmungen respektieren und global die internationale Koordination im Krisenfall unterstützen.

ZIVILGESELLSCHAFTLICHE ORGANISATIONEN SOLLTEN:

- Steuerprozesse verantworten, sich einsetzen für progressive Steuerreformen und erhöhte Transparenz.
- Inlandsbudgets überwachen, um Ressourcenströme zu verfolgen, und sich einsetzen für gerechte Einkünfte und Gesundheitsausgaben.
- Eine Rolle spielen in der Unterstützung von nationalen Regierungen, damit regionale Strukturen auf Gemeindeebene verbessert werden – für Infektionskrankheiten und die Reduzierung von Kindersterblichkeit.

TABELLE 2 - VERGLEICHBARE INDIKATOREN FÜR LÄNDER MIT HOHEM EINKOMMEN

| | Arbeitskräfte für Gesundheit | | | Finanzierung | | Ergebnisse | |
|-------------|------------------------------|--|--|---|--|---|--|
| | Anzahl Personen pro Arzt | Anzahl Personen pro Hebamme Krankenschwester | Gesundheitsarbeiter je km ² | Staatliche gesundheitsausgaben (pro Kopf, US\$) | OOPs (% der Gesamtgesundheitsausgaben) | Neugeborenensterblichkeitsrate (pro 1000) | Sterblichkeitsrate bei Kindern unter 5 |
| Australien | 306 | 94 | 24.2 | 4,108 | 19 | 2 | 4 |
| Kanada | 484 | 108 | 25.72 | 4,022 | 15 | 3 | 5 |
| Deutschland | 263 | 87 | 0.28 | 3,572 | 12 | 2 | 4 |
| Italien | 244 | 184 | 0.54 | 2,371 | 20 | 2 | 4 |
| Japan | 435 | 92 | 0.22 | 3,920 | 14 | 1 | 3 |
| Norwegen | 267 | 75 | 4.56 | 7,704 | 13 | 2 | 3 |
| Spanien | 271 | 197 | 1.23 | 2,065 | 20 | 3 | 4 |
| Schweden | 306 | 91 | 3.46 | 4,346 | 16 | 2 | 3 |
| UK | 358 | 113 | 0.33 | 3,009 | 10 | 3 | 5 |
| USA | 408 | 102 | 2.7 | 4,126 | 11 | 4 | 7 |

Datenquellen: Arbeitskräfte: Eigene Kalkulationen basiert auf Weltbank 2014 (Bevölkerung) und WHO, letzter verfügbaren Daten von 2003 bis 2012 (Anzahl Ärzte) Gesundheitsfinanzierung: WHO 2012 Gesundheitsfolgen WHO 2013



FOTO: TANAYA BINDRA/SAVE THE CHILDREN

ALLE KINDER MÜSSEN ÜBERLEBEN: ZIELERREICHUNG MDG 4

| Land | Wird das ganze Land MDG 4 erreichen? | Für das ärmste Quintil und ländliche Regionen? |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Afghanistan | NEIN | |
| Angola | NEIN | |
| Aserbaidschan | JA | |
| Bangladesch | JA | JA |
| Benin | NEIN | NEIN |
| Bolivien | JA | NEIN |
| Botswana | JA | |
| Brasilien | JA | |
| Burkina Faso | JA | JA |
| Burundi | JA | |
| Kambodscha | JA | JA |
| Kamerun | NEIN | NEIN |
| Zentral Afrikanische Republik | NEIN | NEIN |
| Tschad | NEIN | |
| China | JA | |
| Komoren | NEIN | |
| Kongo | JA | JA |
| Elfenbeinküste | NEIN | NEIN |
| Demokratische Republik Kongo | NEIN | |
| Dschibuti | NEIN | |
| Ägypten | JA | JA |
| Äquatorialguinea | NEIN | |
| Eritrea | JA | |
| Äthiopien | JA | NEIN |
| Gabun | NEIN | NEIN |
| Gambia | NEIN | |
| Ghana | NEIN | NEIN |
| Guatemala | JA | |
| Guinea | NEIN | NEIN |
| Guinea-Bissau | NEIN | |
| Haiti | NEIN | NEIN |
| Indien | NEIN | |
| Indonesien | JA | NEIN |
| Irak | NEIN | |
| Kenya | NEIN | NO |
| Korea, Demokratische Volksrepublik | JA | |
| Kirgisistan | JA | |
| Laos, Demokratische Volksrepublik | JA | |

| Land | Wird das ganze Land MDG 4 erreichen? | Für das ärmste Quintil und ländliche Regionen? |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Lesotho | NEIN | NEIN |
| Liberia | JA | NEIN |
| Madagaskar | JA | JA |
| Malawi | JA | JA |
| Mali | JA | NEIN |
| Mauretanien | NEIN | |
| Mexiko | NEIN | |
| Morokko | JA | |
| Mozambique | JA | JA |
| Myanmar | NEIN | |
| Nepal | JA | JA |
| Niger | JA | JA |
| Nigeria | NEIN | NEIN |
| Pakistan | NEIN | NEIN |
| Papua Neu Guinea | NEIN | |
| Peru | JA | JA |
| Philippinen | NEIN | NEIN |
| Ruanda | JA | JA |
| Sao Tome and Principe | NEIN | |
| Senegal | JA | JA |
| Sierra Leone | NEIN | |
| Solomon Islands | NEIN | |
| Somalia | NEIN | |
| Süd Afrika | NEIN | |
| Süd Sudan | JA | |
| Sudan | NEIN | |
| Swasiland | NEIN | |
| Tadschikistan | JA | |
| Vereinigte Republik Tansania | JA | JA |
| Togo | NEIN | |
| Turkmenistan | NEIN | |
| Uganda | JA | JA |
| Usbekistan | NEIN | |
| Vietnam | NEIN | NEIN |
| Jemen | JA | |
| Sambia | JA | JA |
| Zimbabwe | NEIN | NEIN |



FOTO: COLIN CROWLEY/SAVE THE CHILDREN

Kadhra*, mit ihrem acht Monate alten Sohn Mohamud

KADHRA*

Der acht Monate alte Mohamud leidet unter starker Mangelernährung und medizinischen Komplikationen. Endlich bekommt er die Behandlung, die er benötigt – aber wegen der Überbelegung des Krankenhauses in Garowe, Somalia, besteht das Risiko, dass er sich auch noch an einer anderen Krankheit ansteckt.

Mohamud war schon zwei Monate krank, bevor seine Mutter Khadra das notwendige Geld zusammenzubringen, um ihn zur nächsten Gesundheitseinrichtung zu bringen. Garowe ist 90 km entfernt. Die Reise dorthin dauerte zwei Tage.

Das war vor zwei Monaten – und Mohamud ist immer noch im Krankenhaus. Khadra und Mohamud teilen sich ein kleines Zimmer mit vier anderen Kindern und ihren Müttern, darunter auch ein Kind mit Lungenentzündung und ein anderes mit Hirnhautentzündung. Weil sie auf engstem Raum zusammen sind, besteht für die Kinder, die Gefahr einer Infektionsübertragung.

Das Krankenhaus ist hoffnungslos überlastet. Zwischen 100 und 120 ambulanten Patienten werden pro Tag behandelt. Hinzu kommen nor-

maler-

weise noch bis zu 20 stationäre Patienten. Die Mitarbeiter geben ihr Bestes, um alle Patienten ihrem Krankheitsbild entsprechend zu versorgen. Doch dabei stoßen sie auf viele Hindernisse.

Dr. Fatuma Ali Abdi, Leiterin des Kinder- und Stabilisierungszentrums, erklärte uns: „Unser Problem ist es, dass wir nicht genügend Medikamente haben. Und das andere Problem ist der Platz. Einer unserer aktuellen Patienten hat Hirnhautentzündung. Bestenfalls sollten wir ihn isolieren, damit er die anderen Kinder nicht anstecken kann. Und dann könnte er selbst besser behandelt werden.“

Ein drittes ernstzunehmendes Problem für Dr. Abdi und ihre Patienten ist die Armut. Geldmangel hindert die Menschen daran, Hilfe zu suchen und so lange wie nötig im Krankenhaus zu bleiben. „Viele Menschen, die in die öffentlichen Krankenhäuser kommen, sind sehr arm“, berichtete Dr. Abdi. „Als Ärztin versuche ich ihnen zu helfen. Aber sie haben nicht genug Geld, um Essen zu kaufen oder um die Anreise zu bezahlen. So bleiben sie immer nur für kurze Zeit.“

*Name aus Sicherheitsgründen geändert.



FOTO: GEMMA GILLIES/SAVE THE CHILDREN

DIE ANTWORT VON SAVE THE CHILDREN AUF EBOLA

Save the Children arbeitet seit über 15 Jahren in Guinea, Liberia und Sierra Leone. Save the Children ist in den Bereichen Gesundheit, Kinderschutz, WASH und Ernährung tätig. (165)

Unsere gezielten Maßnahmen zur Bekämpfung der Ebola-Epidemie: Reduzierung der Übertragung, Unterstützung betroffener Kinder und Behandlung von Infizierten. Auf Gemeinde-Ebene haben wir Isolationsmaßnahmen von Ebola-Patienten umgesetzt. Wir helfen in Gemeinden über Aufklärungskampagnen, die Übertragung zu reduzieren. Wir klären über Hygienepraktiken und die Notwendigkeit von Händewaschen auf. Wir informieren, wie man die Symptome von Ebola erkennt und was im Krankheitsfall zu beachten, und wie zu reagieren ist. (166)

In Kerry Town (Sierra Leone) betreibt Save the Children ein Ebola Treatment Centre (ETC) mit einer Kapazität von 80 Betten. Seit der Öffnung liegt die Auslastung bei 50% mit sinkender Tendenz. (167)

In Liberia hat Save the Children anteilig mit dem Bau der 65 Community Care Centres (CCCs) landesweit geholfen. CCCs ermöglichen die betroffenen Ebola-Patienten unweit ihrer Familien in ihren Gemeinden zu isolieren. Diese Einheiten stellen grundlegende Versorgungsleistungen bereit, bevor Patienten in Ebola Treatment Units (ETUs) verlegt werden. (168)

Save the Children hat schon mehr als 3.000 Gesundheitsmitarbeiter auf kommunaler Ebene in den von Ebola betroffenen Ländern geschult. (169) In Free-

town gehen sie von Haus zu Haus und helfen Verdachtsfälle zu identifizieren und zu überweisen. (170)

Parallel dazu verpflichtet sich Save the Children langfristigen Strategien, die darauf zielen, Gesundheitswesen zu stärken und Zugang zur Gesundheitsversorgung für Nicht-Ebola-Patienten zu gewährleisten. Wir arbeiten daran, für alle eine medizinische Grundversorgung zu ermöglichen und gesellschaftliche Lebensgrundlagen zu sichern, wenn ökonomische Aktivitäten wie Landwirtschaft bedroht sind.

Gleichzeitig wirkt Save the Children mit an Strategien für Prävention und an Notfallplänen in Nachbarländern, die noch nicht betroffen, aber gefährdet sind. In Niger arbeiten wir an einem nationalen Plan für Ebola-Prävention. In der Elfenbeinküste haben wir einen Notfallplan entwickelt und sind in nationalen Koordinationsgruppen aktiv.

Bis jetzt hat Save the Children mehr als 150.000 Menschen, darunter 50.000 Kinder erreicht, die von der Epidemie betroffen sind. (171)



FOTO

FOTO: SAVE THE CHILDREN, SIERRA LEONE

FUSSNOTEN

EXECUTIVE SUMMARY

¹ Thomas C., At the heart of Ebola – health systems that need strengthening, Blog post, USAID website (6 October 2014) <http://blog.usaid.gov/2014/10/at-the-heart-of-ebola-health-systems-that-need-strengthening/>

I EBOLA: LEARNING THE LESSONS

² World Health Organization, WHO Ebola Situation Update (18 February 2015) <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/> [last accessed 23.02.2015]

³ Kim J. Y. and Rodin J., Universal Health Coverage: A Smart Investment. 12.12.2014. Article published online http://www.huffingtonpost.com/jim-yong-kim/universal-health-coverage_3_b_6316214.html [last accessed 29.12.2014]

⁴ Boozary A., Farmer P., Jha A., The Ebola Outbreak, Fragile Health Systems, and Quality as a Cure, *JAMA*. 2014;312(18):1859–1860, doi:10.1001/jama.2014.14387 [last accessed 06.01.2015] <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1915433#Conclusions>

⁵ Kiény M.P., Evans D.B., Schmets G. and Kadandale S., Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa, *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92:850, Available at: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149278> [accessed 06.01.2015]

⁶ Sen A., Universal healthcare: the affordable dream, *The Guardian*, Tuesday 6 January 2015, Available at <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen> [last accessed 06.01.2015]

⁷ See note 5

⁸ Kiény M.P. and Dovlo D., Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems, *The Lancet* Volume 385, No. 9963, p91–92, 10 January 2015, Available at [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62479-X/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62479-X/fulltext?rss=yes) [last accessed 13.01.2015]

⁹ Sources for this box: Public Health England, Guidance. Ebola: origins, reservoirs, transmission, guidelines, 15 April 2014, Feldmann H., Geisbert TW., Ebola haemorrhagic fever, *The Lancet* 2011; 377:849–62, Baize S., Pannetier D., Oestereich L., et al, Emergence of the Zaire Ebola virus in Guinea – preliminary report. *N. Eng. J. Med*, WHO Ebola Response Team, Ebola Virus Disease in West Africa – the first 9 months of the epidemic and future projections. *N. Engl. J. Med*. 23 Sept. 2014. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoal411100>

¹⁰ World Health Organization, Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation. Ebola strategy. August 2014, Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130160/1/WHO_HSE_PED_CED_2014.05_eng.pdf?ua=1 [last accessed 13.01.2015]

¹¹ Speech to the WHO Executive Board Ebola Special Session, 25 January 2015, <http://www.who.int/dg/speeches/2015/executive-board-ebola/en/>

¹² World Health Organization, WHO Ebola Situation Update (11 February 2015) <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/> [last accessed 16.02.2014]

¹³ Hamilton J., Ebola is keeping kids from getting vaccinated in Liberia. NPR blog. Published online 23 October 2014. Available at <http://www.npr.org/blogs/goatsandsoda/2014/10/23/358117900/ebola-is-keeping-kids-from-getting-vaccinated-in-liberia> [last accessed 27.10.2014]

¹⁴ UNICEF helps restart measles immunizations in Ebola-hit countries http://www.unicef.org/media/media_78416.html

¹⁵ UNICEF. Sierra Leone Health Facilities Survey 2014. Revised Preliminary findings, 08 November 2014, Assessing the Impact of the EVD Outbreak on Health Systems in Sierra Leone, PPT Presentation

¹⁶ UNICEF. Sierra Leone Health Facilities Survey 2014. Revised Preliminary findings, 08 November 2014, Assessing the Impact of the EVD Outbreak on Health Systems in Sierra Leone, PPT Presentation

¹⁷ Taylor, A. Pregnant women at risk of becoming collateral casualties to Ebola epidemic, Published online 26.09.2014, Available at <http://www.washingtonpost.com/blogs/worldviews/wp/2014/09/26/pregnant-women-at-risk-of-becoming-collateral-casualties-to-ebola-epidemic/> [last accessed 27.10.2014]

¹⁸ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Ebola virus outbreak: Overview of needs and requirements* (2014). 2014. Published online at <http://www.unocha.org/cap/appeals/ebola-virus-disease-outbreak-overview-needs-and-requirements-september-2014> [last accessed 29.12.2014]

¹⁹ FAO, Special Report: FAO/WFP Crop and Food Security Assessment – Liberia, Sierra Leone and Guinea – 5 January 2015, Available at <http://reliefweb.int/report/sierra-leone/special-report-faowfp-crop-and-food-security-assessment-liberia-sierra-leone-and> [last accessed 22.01.2015]

²⁰ UNICEF, Ebola crisis in Liberia hits child health and well-being, News Note. Available at http://www.unicef.org/media/media_75860.html [last accessed 29.12.2014]

²¹ World Bank, The economic impact of the 2014 Ebola epidemic: short and medium term estimates for West Africa. Washington: World Bank; 2014 Group; 2014. Available at <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/10/20270083/economic-impact-2014-ebola-epidemic-short-medium-term-estimates-west-africa> [last accessed 29.12.2014]. Updated estimates at 2 December remain valid.

²² World Health Organization, Health Systems Strengthening Glossary, Available at http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html [last accessed 13.01.2015]

²³ WHO standard Health Systems Framework. Available at http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/ [last accessed 18.01.2015]

²⁴ UNICEF Statistics (2013): Under-five and infant mortality rates and number of deaths: <http://data.unicef.org/child-mortality/under-five> [last accessed 18.02.2015]

²⁵ The WHO recommends a minimum threshold of 2.3 health workers per 1,000 people (World Health Organization, Working together for health. The World Health Report 2006, Available at http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1 [last accessed 13.01.2015])

²⁶ WHO, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>

²⁷ Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, Global policy recommendations, World Health Organization, 2010.

²⁸ All data from World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>

²⁹ WHO, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>

³⁰ Theobald S., Ebola requires a robust health systems response, ReBUILD consortium Project, Blog posted on September 29, 2014. Available at <http://rebuildconsortiumconnect.wordpress.com/2014/09/29/ebola-requires-a-robust-health-systems-response/> [last accessed 06.01.2015]

- ³¹ WHO Unprecedented number of medical staff infected with Ebola Situation assessment – 25 August 2014 <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/en/> [accessed 22.01.15]
- ³² *ibid*
- ³³ Varpilah et al. Rebuilding human resources for health: a case study from Liberia Human Resources for Health 2011, 9:11 Available at <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/11> [last accessed 19.01.2015]
- ³⁴ All Africa.com Liberia: 15 of 13,000 Successfully Pass Univ. of Liberia Entrance Exams <http://allafrica.com/stories/201410221209.html>
- ³⁵ McPake et al.: Removing financial barriers to access reproductive, maternal and newborn health services: the challenges and policy implications for human resources for health. Human Resources for Health 2013 11:46, doi:10.1186/1478-4491-11-46, Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/46> [last accessed 19.01.2015]
- ³⁶ McIntyre D. and Meheus F., Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Chatham House, Working Group on Financing, Paper 5, 2014. Available at http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf [last accessed 05.01.2015]
- ³⁷ Chatham House, *Shared Responsibilities for Health: A coherent Global Framework for Health Financing. Final report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing* (2014), 2014, Available at <http://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing> [last accessed 29.12.2014].
- ³⁸ WHO, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>
- ³⁹ 2012, US\$, WHO Global Health Expenditure database, Available at <http://apps.who.int/nha/database> [last accessed 13.01.2015]
- ⁴⁰ WHO, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>
- ⁴¹ WHO, Global Health Observatory (GHO). Official Development Assistance, Report: Disbursements to recipient countries, Available at http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/oda/disbursements/atlas.html [last accessed 21.01.2015]
- ⁴² Donnelly, John. How did Sierra Leone provide free health care? *The Lancet*, Volume 377, Issue 9775, 1393–1396
- ⁴³ World Health Organization, *From whom to whom? Official Development Assistance for Health*, Second Edition 2000–2010, 2012. Available at http://www.who.int/nationalpolicies/resources/whom_to_whom2ndedition.pdf [last accessed 27.10.2014]
- ⁴⁴ Pailey, R.N., 2014 Ebola Outbreak Exposes Large Gaps in Financing Adequate Healthcare in West African Countries, Development Viewpoint Number 82, October 2014, Centre for Development Policy and Research, SOAS Available at: <http://www.soas.ac.uk/cdpr/publications/dv/file96579.pdf> [last accessed 08.01.2015]
- ⁴⁵ Drake J.M. et al., Ebola cases and health system demand in Liberia, 30 Oct 2014, ArXiv.org (Cornell University Library) Available at <http://arxiv.org/pdf/1410.8564v1.pdf> [last accessed 07.01.2015]
- ⁴⁶ World Health Organization, *Barriers to rapid containment of the Ebola outbreak*. August 2014, Published online at <http://www.who.int/csr/disease/ebola/overview-august-2014/en/> [last accessed 29.12.2014].
- ⁴⁷ Front Page Africa, Liberia health workers protest appalling working conditions, 14 April 2014. Available at <http://frontpageafricaonline.com/index.php/health-sci/1319-liberia-health-workers-protest-appalling-working-conditions>
- ⁴⁸ Health for All Coalition & Save the Children UK, Free Health Care in Sierra Leone. One Year On, National Public and Stakeholder's Perceptions of the Free Health Care Initiative
- ⁴⁹ IRIN, Guinea: Medicines running out, *IRIN News*, 15 May 2009, Available at <http://www.irinnews.org/report/84408/guinea-medicines-running-out> [last accessed 27.01.2015]
- ⁵⁰ IRIN, Guinea: Black market medicines re-emerge, *IRIN News*, 1 June 2009, Available at <http://www.irinnews.org/report/84644/guinea-black-market-medicines-re-emerge> [last accessed 27.01.2015]
- ⁵¹ IRIN, Sierra Leone: Drug diversions hamper free healthcare, *IRIN News*, Available at <http://www.irinnews.org/printreport.aspx?reportid=95896> [last accessed 28.01.2015]
- ⁵² WHO (2010) Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies
- ⁵³ WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC), 2013 revision (completed July 2014) <http://data.unicef.org/child-health/immunization> [last accessed 18 02 2015]
- ⁵⁴ UNICEF 2013
- ⁵⁵ Chatham House, *Ebola thrives in brittle West African health systems*. Published online 7 October 2014. Available at http://www.chathamhouse.org/expert/comment/15955?dm_i=ITYE,2VE2D,BM8VVU,AEI9D,I
- ⁵⁶ Oyerinde K., et al., The status of maternal and newborn care services in Sierra Leone 8 years after ceasefire, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 114 (2011) 168–173, doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.006
- ⁵⁷ Government of Sierra Leone, Free healthcare services for pregnant and lactating women and young children in Sierra Leone, November 2009, Available at http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_SL_freehealthcareservices_2010.pdf [last accessed 20.01.2015]
- ⁵⁸ McPake et al.: Removing financial barriers to access reproductive, maternal and newborn health services: the challenges and policy implications for human resources for health. Human Resources for Health 2013 11:46, doi:10.1186/1478-4491-11-46, Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/46> [last accessed 19.01.2015]
- ⁵⁹ Maxmen A. Sierra Leone's free health-care initiative: work in progress, *World Report, The Lancet*, Vol 381 January 19, 2013
- ⁶⁰ Diaz T. et al., Healthcare seeking for diarrhoea, malaria and pneumonia among children in four poor rural districts in Sierra Leone in the context of free health care: results of a cross-sectional survey, *BMC Public Health* 2013, 13:157, Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/157> [last accessed 19.01.2015]
- ⁶¹ Wurie H., Ebola's collision with the Sierra Leone post-conflict health system, Blog post, Health Systems Global, September 30, 2014, Available at: <http://www.healthsystemsglobal.org/GetInvolved/Blog/TabId/155/PostId/27/ebolas-collision-with-the-sierra-leone-post-conflict-health-system.aspx> [last accessed 21.01.2015]
- ⁶² Kucharski AJ, Piot P. Containing Ebola virus infection in West Africa. *Euro Surveill*. 2014;19(36):pii=20899.
- ⁶³ Margaret E Kruk, Peter C Rockers, Elizabeth H Williams, S Tornorlah Varpilah, Rose Macauley, Geetor Saydeef and Sandro Galea (2010) Availability of essential health services in post-conflict Liberia, *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:527–534
- ⁶⁴ Kruk, M., Rockers, P.C., Williams, E.H., Varpilah S.T., Macauley R., Saydeef G. & Galea S., Availability of essential health services in post-conflict Liberia, *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:527–534 | doi:10.2471/BLT.09.071068
- ⁶⁵ Gartland M., Taryor VD., Norman AN., Vermund SH., Access to facility delivery and caesarean section in north-central Liberia: a cross-sectional community-based study, *BMJ Open* 2012;2:e001602. doi:10.1136/bmjopen-2012-001602
- ⁶⁶ Cavallaro F.L., Cresswell J.A., França G.V.A., Victora CG., Barros A.J.D. & Ronsmansa C., Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile: cross-sectional surveys in southern Asia and sub-Saharan Africa, *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:914–922D | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117598> [last accessed 19.01.2015]
- ⁶⁷ WHO High level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries, 10–11 December 2014 Geneva, Switzerland
- ⁶⁸ *ibid*
- ⁶⁹ Downie R., The Road to Recovery. Rebuilding Liberia's health system, A Report of the CSIS Global Health Policy Center, 2012, Available at http://csis.org/files/publication/120822_Downie_RoadtoRecovery_web.pdf [last accessed 26.01.2015]
- ⁷⁰ ODI, Unlocking results. Case study. Addressing pay and attendance of health workers in Sierra Leone, May 2013, Available at <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8410.pdf> [last accessed 26.01.2015]
- ⁷¹ Santi E., What the Ebola outbreak tell us about poor governance and state fragility, 22 October 2014, African Development Bank Blog, <http://www.afdb.org/en/blogs/measuring-the-pulse-of-economic-transformation-in-west-africa/post/what-the-ebola-outbreak-tell-us-about-poor-governance-and-state-fragility-13656/> [last accessed 26.01.2015]
- ⁷² UNMEER report 16 January 2015 http://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/150116_-_unmeer_external_situation_report.pdf

default/files/150116_-_unmeer_external_situation_report.pdf

⁷³ Tambo E., Ugwu EC., Ngogang JY., Need of surveillance response systems to combat Ebola outbreaks and other emerging infectious diseases in African countries. *Infect Dis Poverty*. 2014 Aug 5;3:29. doi: 10.1186/2049-9957-3-29. eCollection 2014

⁷⁴ A World United Against Infectious Diseases: Connecting Organizations for Regional Disease Surveillance (CORDS) Emerging Health Threats Journal Supplement 1, 2013

⁷⁵ Chatham House Report (2014) What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance

⁷⁶ Ebola: a failure of international collective action, *The Lancet*, Volume 384, Issue 9944, 637

⁷⁷ Grady D., Ebola Vaccine, Ready for Test, Sat on the Shelf, *The New York Times*, Published Online 23 October 2014, http://www.nytimes.com/2014/10/24/health/without-lucrative-market-potential-ebola-vaccine-was-shelved-for-years.html?_r=0 [last accessed 16.02.2015]

⁷⁸ WHO, Ebola: one-year on report, January 2015. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/nigeria/en/>

⁷⁹ WHO, Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>

⁸⁰ UN Special Envoy on Ebola Resources for results : Overview of total available resources across governments, agencies, and organizations for Ebola response 22 December 2014. This outlines: resources for Ebola response. Based on data collected from the different partners over the last few weeks, a total of USD 4.3 billion has been announced for the Ebola response including direct bilateral support (in kind and in cash) as well as resources for economic stability that go beyond the revised appeal of USD 1.5 billion. The disbursement rate is more than 43% (USD 1.85 billion) in less than 6 months. The allocation by country is as follows:

- USD 1.093 billion has been announced for Liberia
- USD 857 million has been announced for Sierra Leone
- USD 580 million has been announced for Guinea
- USD 610 million has been announced for regional projects (in affected or neighboring countries)
- USD 1.15 million has been announced for global projects, or has not been allocated yet

National governments have mobilized USD 2.75 billion, representing 64% of Ebola response funding. The breakdown is as follows:

- US: 704 million (26% of total governments contribution) including USD 233 million OCHA plan. Most of this funding takes the form of bilateral support for Liberia (552m).
- EC: USD 540 million (17% of total governments contribution) including USD 131 million OCHA plan. Most of this funding takes the form of bilateral support for Sierra Leone (359m).
- Germany: USD 202 million (8% of total governments contribution) including USD 124 million OCHA plan
- Additionally, USD 155 million were announced from Japan, USD 140 million from France, USD 120 million from China, USD 109 million from Canada and USD 423 million from the other governments

⁸¹ *ibid*

⁸² Report released by the World Bank Group, available <http://documents.worldbank.org/curated/en/00011274220150119170232> and updated at December 2014. Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea Dec 02, 2014

⁸³ WHO, Global Health Expenditure Database. Available at <http://apps.who.int/nha/database> [last accessed 16.02.2015]

⁸⁴ WHO, Global Health Expenditure Database. Available at <http://apps.who.int/nha/database> [last accessed 16.02.2015]

⁸⁵ Chatham House, *Shared Responsibilities for Health. A Coherent Global Framework for Health Financing*. Chatham House Report, May 2014, Available at http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf [last accessed 16.02.2015]

⁸⁶ Obtained by calculating the cost of health spending for a 22 million population with a minimum spending of US\$86 per capita and subtracting the

e amount already spent on health by these countries (US\$280m).

2 THE 2015 HEALTH ACCESS INDEX

⁸⁷ Countdown to 2015 is a global movement of academics, governments, international agencies, health-care professional associations, donors, and nongovernmental organizations, with The Lancet as a key partner. For more information see: <http://www.countdown2015mch.org/about-countdown>

⁸⁸ The Senate. Federal Republic Of Nigeria, National Health Bill, 2014 (sb.215). A Bill For An Act To Provide A Framework For The Regulation, Development And Management Of A National Health System And Set Standards For Rendering Health Services In The Federation, And Other Matters Connected Therewith, 2014.

⁸⁹ Countdown to 2015, (2014), Fulfilling the Health Agenda for Women and Children – The 2014 Report, 2014. available: <http://www.countdown2015mch.org/reports-and-articles/2014-report> [last accessed 29.12.2014]

⁹⁰ All expenditure data from World Health Organization, Global health expenditure database. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database>

⁹¹ 2010 Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population) World Bank development indicators available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY>

⁹² Asia at a glance. OECD/WHO, Health at a Glance: Asia/Pacific 2014: Measuring Progress towards Universal Health Coverage, OECD Publishing, 2014. Available at http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_ap-2014-1-en [last accessed 29.12.2014] Asia at a glance. Asia at a glance. Asia at a glance. Asia at a glance. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2014_health_glance_ap-2014-en#page1

⁹³ *ibid*

⁹⁴ Gresham L., Smolinski M.S., Suphanchaimat R., Kimball A.M. and Wibulpolprasert S., A World United Against Infectious Diseases: Connecting Organizations for Regional Disease Surveillance (CORDS), *Emerg Health Threats J*. 2013; 6: 10.3402/ehjt.v6i0.19912. Published online Jan 25, 2013. doi: 10.3402/ehjt.v6i0.19912 [last accessed 13.01.2015]

⁹⁵ Poon LL M., Guan Y., Nicholls JM, Yuen KY, and Peiris JSM, The aetiology, origins, and diagnosis of severe acute respiratory syndrome. *Reviews, The Lancet Infectious Diseases* 2004; 4: 663–71, Available at [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(04\)01172-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(04)01172-7.pdf) [last accessed 17.12.2014]

⁹⁶ Viboud C., Simonsen L., Global mortality of 2009 pandemic influenza A H1N1, *The Lancet Infectious Diseases* Volume 12, No. 9, p651–653, September 2012, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70152-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70152-4) [last accessed 17.12.2014]

⁹⁷ Taubenberger JK, Morens DM. 1918 influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2006 <http://dx.doi.org/10.3201/eid1209.050979>

⁹⁸ *ibid*

⁹⁹ Kamradt-Scott A., 2012. Changing Perceptions of Pandemic Influenza and Public Health Responses. *American Journal of Public Health*. | January 2012, Vol 102, No. 1 doi:10.2105/AJPH.2011.300330 [last accessed 29.12.2014]

¹⁰⁰ Erkoreka A., Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918–1920) and its relation to the First World War, in *J Mol Genet Med* (2009), 3(2), 190–194, Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805838/> [last accessed 08.12.2014]

¹⁰¹ Johnson N. and Mueller J., Updating the accounts: Global mortality of the 1918–1920, Spanish influenza pandemics, *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 76, Number 1, Spring 2002, pp. 105–115 (Article), John Hopkins University, DOI: 10.1353/bhm.2002.0022 [last accessed 05.12.2014]

¹⁰² Light D. W., Universal Health Care: Lessons From the British Experience, *American Journal of Public Health*, 2003 January; 93(1): 25–30, Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447686/> [last accessed 09.12.2014]

¹⁰³ Western European countries where the death toll was the highest. No data was found for Spain.

¹⁰⁴ Calculated from Malatesta M. et al., *Society and the Professions in Italy, 1860–1914*, New York: Cambridge University Press, 1995.

¹⁰⁵ Between 2005 and 2011 (last data available data). WHO, Global Health Observatory Data Repository

¹⁰⁶ Calculations based on per capita GDP (LSE Aggregate And Per

Capita GDP In Europe, 1870–2000: Continental, Regional And National Data With Changing Boundaries, Available at www.lse.ac.uk/economicHistory/pdf/Broadberry/EuroGDP2dataset.xls [last accessed 05.12.2014]), public spending on health in 1910 (Vito T., Schuknecht L. Public Spending in the 20th Century: A Global Perspective, Cambridge: Cambridge University Press, 2000), and conversion to 2014 prices (deflator index of 108.169 in 2014)

¹⁰⁷ At exchange rate. Data calculated based on WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> [last accessed 09.12.2014]

¹⁰⁸ Watanabe et al., Circulating Avian Influenza Viruses Closely Related to the 1918 Virus Have Pandemic Potential, *Cell Host and Microbe*, Volume 15, Issue 6, 11 June 2014, Pages 692–705, Available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931312814001632> [last accessed 17.12.2014]

¹⁰⁹ Osterholm M., Preparing for the Next Pandemic, *N Engl J Med* 2005; 352:1839–1842, DOI: 10.1056/NEJMp058068 [last accessed 17.12.2014]

¹¹⁰ Murray CJ. et al., Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918–20 pandemic: a quantitative analysis. In: *Lancet*. 2006 Dec 23;368(9554):2211–8. The calculation was based on the excess mortality between 1918 and 1920 in a set of countries where data was available. To calculate the global mortality in 2004, this figure was applied to the world's, countries' and regions' 2004 figures by taking into account population size, age composition of the populations and changes in per-head income (as per-head income is responsible for half of the variance in mortality rates. The results show that 96% of the deaths would occur in developing countries.

¹¹¹ Countdown to 2015 is a global movement of academics, governments, international agencies, health-care professional associations, donors, and nongovernmental organizations, with The Lancet as a key partner. For more information see: <http://www.countdown2015mnc.org/about-countdown>

¹¹² UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress report*, 2014

¹¹³ The estimates of countries' progress towards MDG 4 were produced using data from GRID database, developed by Save the Children. GRID is based on direct data processing of 257 Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) from 87 countries. It also contains annual national estimates produced by the UN Inter-agency Group on Child Mortality Estimation (last updated on 16 September 2014). This data is more updated than the ones used in some of the national MDG reports, therefore for a few cases our projections may differ from the projections provided in the country's MDG report.

¹¹⁴ To reduce under-five child mortality by two-thirds between 1990 and 2015, a country would need to have an annual rate of progress of 4.3% a year. Therefore, if according to available data the country/group reduced under-five child mortality at or above this rate in the given time period (1990–2013 or 2000–13), we report it to be on track to achieve MDG4. To calculate the average annual progress we used the following formula: $AARR = ((CML/CME)^{(1/n)}) - 1$, Where: *CML* = child mortality rate from the latest year/survey; *CME* = child mortality rate from the earlier year/survey; *n* = the number of years between data points/surveys.

The national level estimates are produced based on most recent data available from the UN Inter-agency Group on Child Mortality Estimation (published on 16 September 2014). This data is more updated than the ones used in some of the national MDG reports, therefore for a few cases our projections of whether or not a country will meet the MDG4 target may differ from the projections provided in the country's MDG report.

3 UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: WITHIN OUR MEANS

¹¹⁵ WHO definition of universal healthcare coverage: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

¹¹⁶ WHO definition of universal healthcare coverage: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

¹¹⁷ Wagstaff A., Manachotphong W., The Health Effects of Universal Health Care. Evidence from Thailand, The World Bank, July 2012, Available at <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-6119> [last accessed 13.01.2015]

¹¹⁸ United Nations General Assembly, Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals,

Document A/68/970, 12 August 2014, Available at <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf> [last accessed 16.02.2015]

¹¹⁹ Kutzin, J. 2012. 'Anything goes on the path to universal health coverage?' *Bulletin of the World Health Organization* 2012; 90:867–868. doi: 10.2471/BLT.12.113654.

¹²⁰ Jameson D., Summers L., Allenyne G., et al. (2013) 'Global health 2035: a world converging within a generation'. *The Lancet* 382: 1898–955.

¹²¹ Brearley L, Marten R & O'Connell T, Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap. Rockefeller Foundation, Save the Children, UNICEF, and WHO, 2013

¹²² McIntyre D. and Meheus F., Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Chatham House, Working Group on Financing, Paper 5, 2014. Available at http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf [last accessed 05.01.2015]

¹²³ All health expenditure data in 2012 USD, taken from World Health Organization, Global health expenditure database. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database>

¹²⁴ The case against private out-of-pocket payment for health is now well-established, with the World Bank President, Jim Kim, saying: "Even tiny out-of-pocket charges can drastically reduce the use of needed services. This is both unjust and unnecessary."

¹²⁵ note missing

¹²⁶ Moreno-Serra and Smith 2012, Savedoff 2012, Yates 2009, Jamison et al. 2013, Agyepong et al. 2014

¹²⁷ Carrin, G. (2004) 'Towards advanced risk-sharing in health care financing: with a focus on the potential of social health insurance in developing countries', *Verhandelingen – Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België*, 66(3): 215–234.

¹²⁸ Kutzin, J. 2012. 'Anything goes on the path to universal health coverage? No.' *Bulletin of the World Health Organization* 2012; 90:867–868. doi: 10.2471/BLT.12.113654.

¹²⁹ Research conducted for Save the Children Working paper (2014) *Within our means: Why countries can afford universal health coverage*. See Appendix for details of the methodology used in calculating the gap and how this could be closed. All figures in real terms, removing the impact of inflation (2012 \$)

¹³⁰ Lancet Commission on Investing in Health

¹³¹ UNDP 2010. What Will it Take to Achieve the Millennium Development Goals? An international assessment, p26

¹³² OECD (2013), *Tax Morale* http://www.oecd.org/ctp/tax-global/TaxMorale_march13.pdf Accessed 8 January 2013.

¹³³ Updated data compiled by Christian Aid. *On Africa: from the OECD African Economic Outlook*. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/statistics/aeo-fiscal-data-1996-2012/>

On Latin American countries, Revenue statistics – Latin American countries <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=REV>

For Asia, from Asian Development Bank: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2014/ki2014.pdf>

¹³⁴ Tandon and Cashin Assessing (2010) *Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective*. World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

¹³⁵ McIntyre, D. and Meheus, F. 2013 *Fiscal Space for Health Spending*. Chatham House Working Group on Financing: Paper 4.

¹³⁶ RESYST. 2013. 'Fiscal space for health: Topic overview'.

¹³⁷ By 2,000% over a six-year period in Lesotho, and 4,000% in Burundi. Kieron Holmes, Burundi tax authority, presentation to ODI Cape conference, November 2014.

¹³⁸ Tax Justice Network 2012, The Price of Offshore Revisited. Available at http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/The_Price_of_Offshore_Revisited_Presser_120722.pdf

The original research is available here: Tax Justice Network, 2005. The Price of Offshore http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf

Cobham, A., (2005) 'Tax evasion, tax avoidance and development finance'. Queen Elizabeth House, Série documents de travail. Available at: <http://www3.qeh.ox.ac.uk/pdf/qehwp/qehwps129.pdf> Accessed

11 March 2013.

¹³⁹ Tax Justice Network and Christian Aid. 2014. Africa Rising? Inequalities and the essential role of fair taxation.

¹⁴⁰ South Africa National Treasury (2012) Budget Review 2012. Available at <http://www.treasury.gov.za/documents/national%20budget/2012/review/FullReview.pdf>

¹⁴¹ Health expenditure data in 2012 USD, source: World Health Organization, Global health expenditure database. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database>

¹⁴² ODA makes up 46% of total health expenditure, double the average in Countdown Countries. Health expenditure data in 2012 USD, taken from World Health Organization, Global health expenditure database. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database>

¹⁴³ Research conducted for Save the Children Working paper (2014) *Within our means: Why countries can afford universal health coverage*. See Appendix for details of the methodology used in calculating the gap and how this could be closed.

¹⁴⁴ Goldsborough D. Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action. Washington, DC: Center for Global Development, 2007.

¹⁴⁵ Alexander Kentikelenis, Lawrence King, Martin McKee, David Stuckler – The International Monetary Fund and the Ebola outbreak letter to the Lancet Published Online December 22, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70377-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70377-8)

¹⁴⁶ IMF Response to The Lancet article on "The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak" December 22, 2014 Sanjeev Gupta. Available at: <https://www.imf.org/external/np/vc/2014/122214.htm>

¹⁴⁷ Rick Rowden (2010) Restrictive IMF Policies Undermine Efforts at Health Systems Strengthening (HSS). World Health Report (2010) Background Paper, No 50. Available at <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/50RowdenFINAL.pdf>

¹⁴⁸ IMF. Managing Director's remarks on the impact of Ebola. <http://www.imf.org/external/mmedia/view.aspx?vid=3830643908001> [accessed Nov 24, 2014]

¹⁴⁹ Jameson D., Summers L., Allenyne G., et al. (2013) 'Global health 2035: a world converging within a generation'. *The Lancet* 382: 1898–955.

¹⁵⁰ McIntyre, D. and Meheus, F. 2013 *Fiscal Space for Health Spending*. Chatham House Working Group on Financing: Paper 4.

¹⁵¹ WHO. 2014. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage.

¹⁵² Watkins K, Alemayehu W (2012) *Financing for a fairer, more prosperous Kenya: a review of the public spending challenges and options for selected arid and semi-arid counties* Brookings Working Paper 6

¹⁵³ WHO. 2010. World Health Report: Financing for Universal Health Coverage.

¹⁵⁴ Research conducted for Save the Children Working paper (2014) *Within our means: Why countries can afford universal health coverage*. See Appendix for details of the methodology used in calculating the gap and how this could be closed

¹⁵⁵ World Health Organization (2010) World Health Report: Health systems financing, the path to universal coverage, World Health Organization: Geneva.

¹⁵⁶ United Nations General Assembly (UNGA), Resolution (A/67/L.36). Global health and foreign policy, Available at http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E [last accessed 13.01.2015]

World Health Assembly, Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, 2005, Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf?ua=1 [last accessed 13.01.2015]

World Health Assembly, Resolution WHA64.9. Sustainable health financing structures and universal coverage, 2011, Available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf [last accessed 13.01.2015]

¹⁵⁷ Waage J., Banerji R., Campbell O., et al. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *The Lancet* 2010; 376: 991–1023. Available at <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/>

S0140673610611968.pdf [last accessed 16.02.2015]

¹⁵⁸ House of Commons International Development Committee, Strengthening Health Systems in Developing Countries, Fifth Report of Session 2014–15

¹⁵⁹ World Health Organization, HIV/AIDS. Fact sheet no. 360, Update November 2014. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> [last accessed 13.01.2015]). In 2013, 12.9 million people living with HIV were receiving antiretroviral therapy (ART) globally, of which 11.7 million were receiving ART in low- and middle-income countries.

¹⁶⁰ World Health Organization, Immunization coverage, fact sheet no. 378, Reviewed November 2014. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/> [last accessed 13.01.2015])

¹⁶¹ Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: Framework, measures and targets, World Bank and WHO, May 2014

¹⁶² Save the Children (2014) Framework for the Future Ending poverty in a generation. Available at: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/framework-future#sthash.17pGRyGQ.dpuf>

CONCLUSION

¹⁶³ WHO, High level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries, 10–11 December 2014, Geneva, Switzerland. Meeting report Available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/hs-meeting.pdf?ua=1> [last accessed 07.01.2015]

APPENDIX: THE HEALTH ACCESS INDEX – DATA SOURCES AND METHODOLOGY

¹⁶⁴ Countdown to 2015 (2014), Fulfilling the Health Agenda for Women and Children – The 2014 Report, available: <http://www.countdown2015mnc.org/reports-and-articles/2014-report> [last accessed 29.12.2014]

¹⁶⁵ World Health Organization, Global health expenditure database, [Internet]; 2014.2014. Available from: <http://apps.who.int/nha/database>

¹⁶⁶ Evans D, Justine Hsu and Ties Boerma, Penchansky R. and Thomas JW. (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127–40, Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846> [last accessed 29.12.2014]

¹⁶⁷ Ricketts, T. and Goldsmith, L. (2005) Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook*. 53: 274–280, 2005, Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360698> [last accessed 29.12.2014]

¹⁶⁸ World Bank, (2013) Transport, GIS and DHS Surveys: Transport, GIS and DHS Surveys: Mapping the Evidence on Access, Mobility and MDG Impact, 2013. Available at: <http://www.worldbank.org/transport/transportresults/program/dc-03-07/gis-in-lesotho.pdf> [last accessed 29.12.2014]

¹⁶⁹ Bhutta, Zulfiqar A et al Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet*, Volume 384, Issue 9940, 347–370 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60792-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60792-3.pdf)

SAVE THE CHILDREN DEUTSCHLAND E.V.

MARKGRAFENSTR. 58

10117 BERLIN

SPENDENKONTO:

KONTO-NR.: 929

BANK FÜR SOZIALWIRTSCHAFT

BANKLEITZAHL 100 205 00

IBAN: DE92100205000003292912, BIC: BFSWDE33BER

WWW.SAVETHECHILDREN.DE

