

Strupat, Christoph; Balasubramanian, Pooja; Srigiri, Srinivasa Reddy; Hornidge, Anna-Katharina

Research Report

Gesundheitsfinanzierung in Zeiten von Mehrfachkrisen: Analyse und Empfehlungen

IDOS Policy Brief, No. 13/2023

Provided in Cooperation with:

German Institute of Development and Sustainability (IDOS), Bonn

Suggested Citation: Strupat, Christoph; Balasubramanian, Pooja; Srigiri, Srinivasa Reddy; Hornidge, Anna-Katharina (2023) : Gesundheitsfinanzierung in Zeiten von Mehrfachkrisen: Analyse und Empfehlungen, IDOS Policy Brief, No. 13/2023, German Institute of Development and Sustainability (IDOS), Bonn, <https://doi.org/10.23661/ipb13.2023>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/283115>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Gesundheitsfinanzierung in Zeiten von Mehrfachkrisen: Analyse und Empfehlungen

Christoph Strupat, Pooja Balasubramanian,
Srinivasa Srigiri & Anna-Katharina Hornidge

Zusammenfassung

Die Corona-Pandemie hat uns die Anfälligkeit der Gesundheitssysteme vor Augen geführt und gezeigt, dass wir neue Finanzierungsmechanismen für Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion (PPR) und die flächendeckende Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*, UHC) brauchen. Aus der Pandemie lassen sich zwei allgemeine Lehren ziehen.

Erstens: Globale Probleme erfordern globale Lösungen, und dabei sind sowohl lokale als auch nationale Akteure gefragt. Deshalb sollte öffentliche Gesundheit als globales öffentliches Gut betrachtet werden. Dies erfordert Solidarität zwischen reichen und armen Ländern, um die Bewältigung von Pandemien und anderen Gesundheitskrisen zu ermöglichen. Die Bereitstellung eines solchen globalen öffentlichen Gutes erfordert jedoch erhebliche öffentliche Mittel. Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel, insbesondere für den Pandemiefonds, die WHO, sowie die Umsetzung des internationalen Pandemieabkommens sind erste Schritte in die richtige Richtung. Wichtig ist dabei, dass der Schwerpunkt nicht nur auf der Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten liegt, sondern auch auf ihrer Erkennung und Bekämpfung direkt an der Quelle, was eine systemische Blickweise erfordert.

Die zweite Lehre ist, dass Prävention sich lohnt, da sie weniger kostet als spätere Abhilfemaßnahmen. Gesundheitssysteme lassen sich als Instrument zur Umsetzung von PPR und UHC begreifen. Studien zeigen, dass Gesundheitssysteme mit verlässlichen Kernkapazitäten im Bereich Gesundheitssicherheit (z. B. Labore) und grundlegenden UHC-Strukturen (z. B. Zugang zu Gesundheitseinrichtungen) ihre Bürger*innen oft besser vor den negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie schützen konnten.

Gerade mit Blick auf Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (LMICs) wird deutlich, dass die internationale Unterstützung im Bereich Gesundheit während der

Corona-Pandemie deutlich anstieg. Die nach wie vor hohen Zuzahlungen von privaten Haushalten für Gesundheitsdienstleistungen (Out-of-Pocket-Ausgaben (OOPE)) in LMICs deuten jedoch auf ein strukturelles Ungleichgewicht in der Gesundheitsfinanzierung hin. Daher ist eine weitere finanzielle Unterstützung durch die internationale Entwicklungszusammenarbeit und höhere nationale Gesundheitsausgaben der LMICs durch eine verstärkte Mobilisierung inländischer Ressourcen zur Erreichung von PPR und UHC unerlässlich. Regierungen und internationale Entwicklungspartner sollten in Zeiten begrenzter Mittel ihre Gesundheitsausgaben mithilfe der folgenden Maßnahmen stabilisieren oder ggf. ausweiten: **i) Priorisierung des Gesundheitssektors bei den nationalen Ausgaben ii) bessere Prioritätensetzung bei der internationalen Gesundheitsfinanzierung, iii) Debt-Health Swaps, iv) Gesundheitssteuern, v) öffentliche Krankenversicherungen.**

Ein wichtiger Grund für diese Maßnahmen ist, dass Investitionen in die Gesundheit nicht nur aufgrund des gesundheitlichen Nutzens von entscheidender Bedeutung sind, sondern auch positive sozioökonomische Wirkungen haben, deren Wert die ursprünglichen Investitionen oft bei weitem übersteigt. Studien belegen, dass der wirtschaftliche und soziale Nutzen der Investitionen dabei die Kosten in Ländern mit niedrigem Einkommen um das Neunfache und in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen um das Zwanzigfache übersteigt. Angesichts der hohen Arbeitslosenquoten in vielen LMICs kommen Investitionen, die Arbeitsplätze im Gesundheitssektor schaffen, auch anderen Sektoren zugute. Es ist belegt, dass für jeden neu geschaffenen Arbeitsplatz im Gesundheitswesen durchschnittlich 3,4 Arbeitsplätze in anderen Sektoren entstehen. Da ein großer Teil des Gesundheitspersonals weiblich ist, bieten diese neuen Arbeitsplätze insbesondere jungen Frauen eine Chance und können Geschlechtergleichheit fördern.

Hintergrund

Angesichts der zahlreichen Krisen und der damit verbundenen erheblichen Kosten sind funktionierende Gesundheitssysteme nicht nur ein grundlegendes Menschenrecht, sondern unabdinglich, um künftig auf globale Schocks vorbereitet zu sein. Fortschritte auf dem Weg zu Gesundheitssicherheit und zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung (UHC) erfordern ein gleichbleibendes Niveau der Gesundheitsausgaben. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Vorsorge letztlich billiger ist als Nachsorge. Dennoch ist die Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion (PPR) noch immer unterfinanziert. Diese erfordert die rasche Bereitstellung zusätzlicher Mittel, insbesondere für den Pandemiefonds sowie die Umsetzung des internationalen Pandemieabkommens.

Deutschland hat in den letzten Jahren massiv in den Gesundheitssektor investiert. Darüber hinaus hat das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) mit seinem Kernthema „Gesundheit, soziale Absicherung und Bevölkerungspolitik“ die globale Gesundheit zu einem politischen Schwerpunkt erklärt und damit signalisiert, dass es sich in Zukunft noch stärker als verlässlicher Partner im Gesundheitsbereich engagieren wird.

Vor dem Hintergrund dieser Prioritätensetzung ist ein Verständnis der globalen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsfinanzierung und der potenziellen sozioökonomischen Vorteile von Investitionen in die Gesundheit insbesondere für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMICs) von entscheidender Bedeutung. Dieser Policy Brief fasst die wichtigsten Studien, Erkenntnisse und neuesten Statistiken aus der Gesundheitsforschung zusammen und beantwortet folgende Fragen: Welche Lehren aus vergangenen globalen Gesundheitskrisen sollten wir ziehen, um Gesundheitssysteme künftig besser finanziell auszustatten und zu unterstützen? Wieviel Geld fließt derzeit in die Gesundheitsfinanzierung, wie hoch ist der Finanzierungsbedarf, und welche Optionen gibt es, um UHC und PPR in LMICs sicherzustellen? Welche sozioökonomischen Auswirkungen haben Investitionen in Gesundheitssysteme in LMICs?

Lehren aus globalen Gesundheitskrisen für die Gesundheitsfinanzierung

In den letzten zehn Jahren gab es mindestens drei größere Pandemien: das Zika-Virus, die Influenza H1N1 und jüngst die Corona-Pandemie. Zwar sind die Gesundheitsausgaben erheblich gestiegen, doch waren die nationalen Gesundheitssysteme und die Koordinierung des Gesundheitswesens auf multilateraler Ebene nicht ausreichend, um auf diese Pandemien sowie die rasch zunehmende Prävalenz anderer übertragbarer Krankheiten zu reagieren (Soucat, 2019). Dies erfordert zusätzliche Anstrengungen zur Erfüllung der im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und des künftigen Pandemieabkommens festgelegten globalen Verpflichtung, Gesundheitssysteme derart handlungsbereit zu gestalten, wie es für die Bewältigung von Pandemien und anderen Gesundheitskrisen erforderlich ist. Im Allgemeinen lassen sich daraus zwei wichtige Schlussfolgerungen ableiten:

Erstens: Globale Gesundheitssicherheit lässt sich nur dann erreichen, wenn Gesundheit als globales öffentliches Gut behandelt wird. Die zahlreichen globalen Gesundheitskrisen haben gezeigt, dass globale Probleme globale Lösungen und damit das Handeln lokaler und nationaler Akteure erfordern. Ausgehend von der Perspektive, dass die weltweiten sozioökonomischen Ungleichheiten zu einem unterschiedlichen Niveau der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern geführt haben, kann der weltweit „höchste erreichbare Standard“ in Bezug auf eine Gesundheitsversorgung, die Pandemien und andere Gesundheitskrisen bewältigen kann, nur durch überregionale Solidarität zwischen Ländern mit unterschiedlichem Einkommensniveau erreicht werden (Kickbusch et al., 2022). Dazu gehören insbesondere gerechte finanzielle Beiträge von Ländern mit hohem Einkommen. Solche Gesundheitsstandards beinhalten zum Beispiel die wirksame Eindämmung von Infektionskrankheiten. Aus dieser Perspektive wäre Gesundheit als globales öffentliches Gut ein Instrument zur **Verbesserung der**

„**Gesundheitssicherheit für alle**“ – und nicht nur der Sicherheit nicht betroffener Weltregionen, wo sich die Infektionskrankheiten aus anderen Regionen nicht ausbreiten sollen. Dies bedeutet, dass der Schwerpunkt nicht nur auf der Verhinderung der Ausbreitung liegen darf, sondern auch auf einem globalen Mindeststandard für die Gesundheitsversorgung, um Infektionskrankheiten zu erkennen und an der Quelle zu bekämpfen. Zielführend sind hier vor allem resiliente Gesundheitssysteme, die einerseits Gesundheitssicherheit und andererseits UHC gewährleisten (Lal et al., 2022). Studien zeigen, dass Gesundheitssysteme, die im Bereich Gesundheitssicherheit (wie z. B. Überwachung, Laboratorien und Risikokommunikation) robuste Kernkapazitäten bereithalten und gleichzeitig effektiv grundlegende UHC-Maßnahmen (wie z. B. medizinische Grundversorgung, erschwingliche Medikamente und Hilfsmittel, zugängliche Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal) umsetzen, ihre Bürger*innen oft besser vor den sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie abschirmen konnten (Assefa et al., 2021; Malik et al., 2021; Shroff et al., 2021).

Zweitens sind Investitionen in Prävention und Vorsorge sinnvoll, da sie weniger kosten als die Kompensations- und Abhilfemaßnahmen in späteren Phasen. Dies gilt vor allem in Bezug auf Investitionen in die PPR. Die Erfahrungen mit COVID-19 und früheren Seuchen wie Ebola und Zika haben deutlich gezeigt, dass sich für LMICs Investitionen in die Pandemievorsorge voraussichtlich deutlich lohnen, da die geldwerten Vorteile die Kosten weit übersteigen. Diese Vorteile ergeben sich vor allem aus der Vermeidung von Kosten, die ohne Investitionen in die Pandemievorsorge angefallen wären. Eine Modellierungsstudie zeigt, dass sich Investitionen in die Pandemievorsorge durch vermiedene Gesundheitskosten auszahlen. Ein investierter US-Dollar könnte im Durchschnitt bis zu 1.000 USD einsparen, wenn es innerhalb des nächsten Jahrzehnts erneut zu einer Pandemie wie COVID-19 käme (The Global Fund, 2022). Diese außerordentliche Ersparnis ergibt sich daraus, dass eine Störung

des Wirtschaftsgeschehens, etwa durch Lockdowns und Reisebeschränkungen, vermieden, der Betrieb von Schulen und anderen wichtigen Einrichtungen aufrechterhalten und Infektionen und Todesfälle verhindert werden können. Die Investitionen in die Pandemievorsorge sollten jedoch nicht auf Kosten der Grundfinanzierung des Gesundheitssystems gehen. Es wird empfohlen, dass künftige Pandemievorsorge- und Reaktionsmechanismen vorrangig auf Strategien zur Stärkung des Gesundheitssystems mit Fokus auf UHC setzen, um langfristig Widerstandsfähigkeit und Gerechtigkeit zu gewährleisten (Lal et al., 2022). Die UHC ist ein ebenso wichtiges, wenn auch oft übersehenes Element der Pandemievorsorge. In den ersten sechs Monaten der Coronapandemie gaben 90 % der LMICs an, temporär nicht alle grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen anbieten zu können. Diese Störungen lassen sich größtenteils auf unzureichende Fortschritte im UHC-Bereich sowie deren mangelnde Berücksichtigung bei der Pandemievorsorge zurückführen (Mustafa et al., 2022).

Gesundheitsfinanzierung und künftige Investitionen

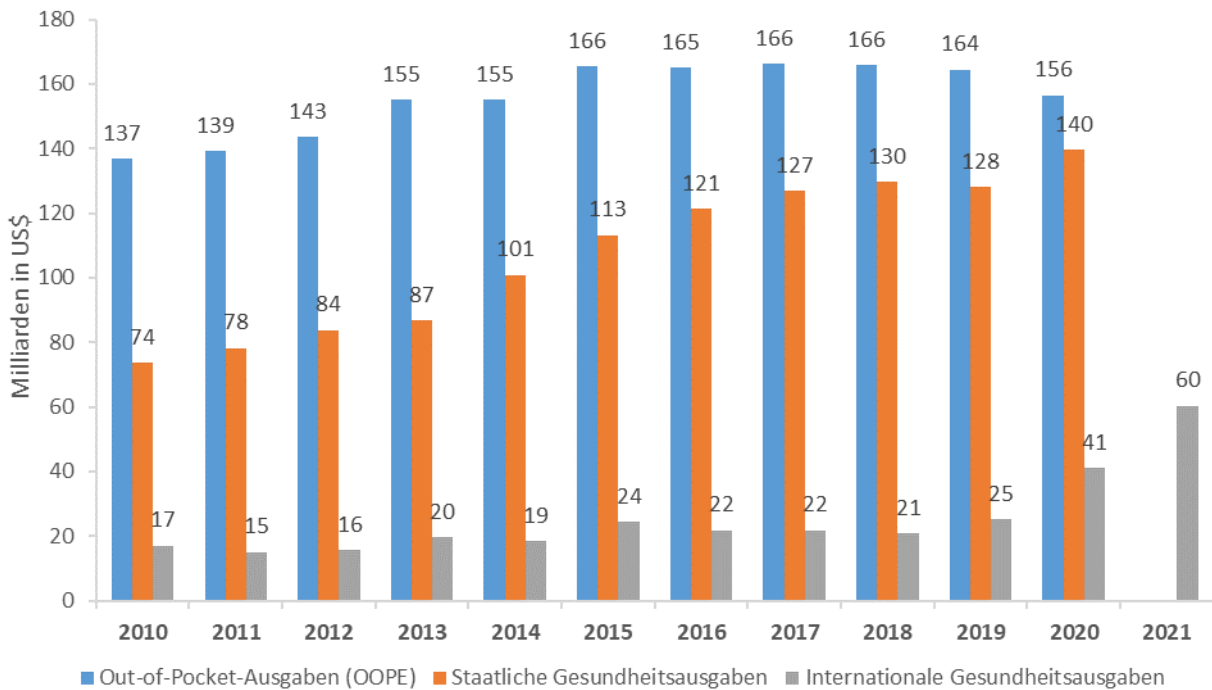
Die ausreichende Finanzierung von Gesundheitssystemen ist wichtig. Sie ist notwendig, um Medikamente und Zubehör zu kaufen, Gesundheitseinrichtungen zu bauen und das Gesundheitspersonal zu bezahlen. In Abbildung 1 sind den gesamten internationalen Mitteln für Gesundheitsfinanzierung (einschließlich der öffentlichen Mittel für Entwicklungsleistungen (*official development assistance* (ODA) etc.) den nationalen Mitteln wie nationale Gesundheitsausgaben und Out-of-Pocket-Ausgaben (OOPE) der Bürger*innen zwischen 2010 und 2020 für LMICs gegenübergestellt. In den LMICs stemmen die Bürger*innen nach wie vor den größten Teil der Gesundheitsfinanzierung (durchschnittlich 55 %) in Form von Eigenleistungen. Dieser Wert ist in der ersten Phase der Pandemie zwischen 2019 und 2020 leicht zurückgegangen, was auf den wirtschaftlichen Abschwung in vielen LMICs zurückzuführen ist, der typischerweise dazu führt, dass weniger

Menschen kostenpflichtige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können.

Die gesamten international zur Verfügung stehenden Mittel sind erheblich gestiegen: von 25 Mrd. USD im Jahr 2019 auf 41 Mrd. USD im Jahr 2020 und auf 60 Mrd. USD im Jahr 2021, was einem relativen Anstieg von 136 % zwischen 2019 und 2021 entspricht (64 % zwischen 2019 und 2020). Der Großteil der zusätzlichen internationalen Mittel floss in Corona-Maßnahmen (Micah et al., 2023). Gleichzeitig stiegen die nationalen Gesundheitsausgaben (einschließlich Corona-Maßnahmen) leicht um 11 %, von 128 Mrd. USD im Jahr 2019 auf 140 Mrd. USD im Jahr 2020. Die meisten Regierungen in den LMICs waren in der Lage, ihre Gesundheitsausgaben zu erhöhen, obwohl die Wirtschaftsleistung und die Staatseinnahmen während der Corona-Pandemie zurückgingen. Schon vor der Pandemie war ein Anstieg der nationalen Gesundheitsausgaben zu beobachten. Allerdings gilt es zu beachten, dass diese Ausgaben innerhalb der LMICs stark variieren (Vrijburg & Hernández-Peña, 2020). Länder mit ähnlichem Einkommensniveau geben oft unterschiedlich viel Geld für den Gesundheitssektor aus. Die politischen Entscheidungen, die jede Regierung hinsichtlich der Gesundheitsfinanzierung trifft, sowie unterschiedliche epidemiologische Muster wirken sich wesentlich auf die Höhe der Gesundheitsausgaben aus und erklären einen Großteil der beobachteten Unterschiede. Dessen ungeachtet sind Eigenleistungen der Bürger*innen (OOPE) weiterhin die größte Finanzierungsquelle, selbst während der Corona-Pandemie. Dies ist eines der Haupthindernisse bei der Erreichung von SDG3, da die Hauptfinanzierungsquelle für die Gesundheitsversorgung nach wie vor das verfügbare Einkommen der Bürger*innen ist, was die Ungleichheiten beim Zugang zu einer erschwinglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung verschärft. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der internationalen Mittel für Gesundheitsfinanzierung, aufgeteilt in verschiedene Indikatoren (ODA, OOF und private Geber). Im Zeitraum von 2010 bis 2018 stagnierten die ODA-Ausgaben, während der Corona-Pandemie

kam es jedoch zu einem Anstieg von 20 Mrd. USD auf 40,9 Mrd. USD im Jahr 2021, während die OOF von 3,3 Mrd. USD auf 14,3 Mrd. USD stiegen, was hauptsächlich auf offizielle Transaktionen von Privatunternehmen zu kommerziellen Zwecken zurückzuführen ist. Der beträchtliche Anstieg der ODA-Zahlungen steht im Zusammenhang mit den Ausgaben für die Corona-Maßnahmen. Das zeigt, dass erhebliche zusätzliche Ressourcen für die Unterstützung der Gesundheitssysteme mobilisiert werden können, wenn der politische Wille vorhanden ist. Diesen einmaligen, krisenbedingten Ausgaben stehen jedoch immer noch **erhebliche Finanzierungslücken gegenüber, insbesondere bei den regulären Ausgaben für die Pandemievorsorge**. In den Jahren 2018 und 2019 wurden 411 bzw. 477,4 Mio. USD an internationaler Unterstützung für die Pandemievorsorge ausgegeben, während dieser Betrag im Jahr 2021 in LMICs auf 786,6 Mio. USD anstieg (Micah et al., 2023). Gleichzeitig wurden 21,8 Mrd. USD für Corona-Maßnahmen bereitgestellt, einschließlich der Beiträge zur ACT-Accelerator-Initiative im Jahr 2021, die *nicht* als reguläre Ausgaben für die Pandemievorsorge gelten. Laut dem High Level Independent Panel (HLIP) sollten die Entwicklungspartner in den nächsten fünf Jahren jährlich regulär 15 Mrd. USD in LMICs investieren (G20 High Level Independent Panel, 2022). Im Jahr 2021 wurden jedoch nur 5 % dieser Summe (insgesamt 786,6 Mio. USD) für reguläre Pandemievorsorge bereitgestellt. Das Gesamtvolumen der ODA-Zahlungen für Gesundheit hätte um 35 % erhöht werden müssen, um das Ziel des HLIP zu erreichen. Vergleichen wir die Finanzierungslücke mit den ODA-Leistungen vor der Pandemie in 2019, wäre ein Anstieg um 76 % erforderlich gewesen. Darüber hinaus empfahl das HLIP, dass die Regierungen der LMICs in den nächsten fünf Jahren zusätzlich 1 % ihres BIP für Gesundheitsausgaben aufwenden sollten, einschließlich der Instrumente und der Überwachung, die für die zukünftige Pandemieprävention und -vorsorge erforderlich sind. Hochrechnungen zufolge müssten die LMICs ihre Gesundheitsausgaben jedes Jahr um durchschnittlich 18 % erhöhen (Micah et al., 2023).

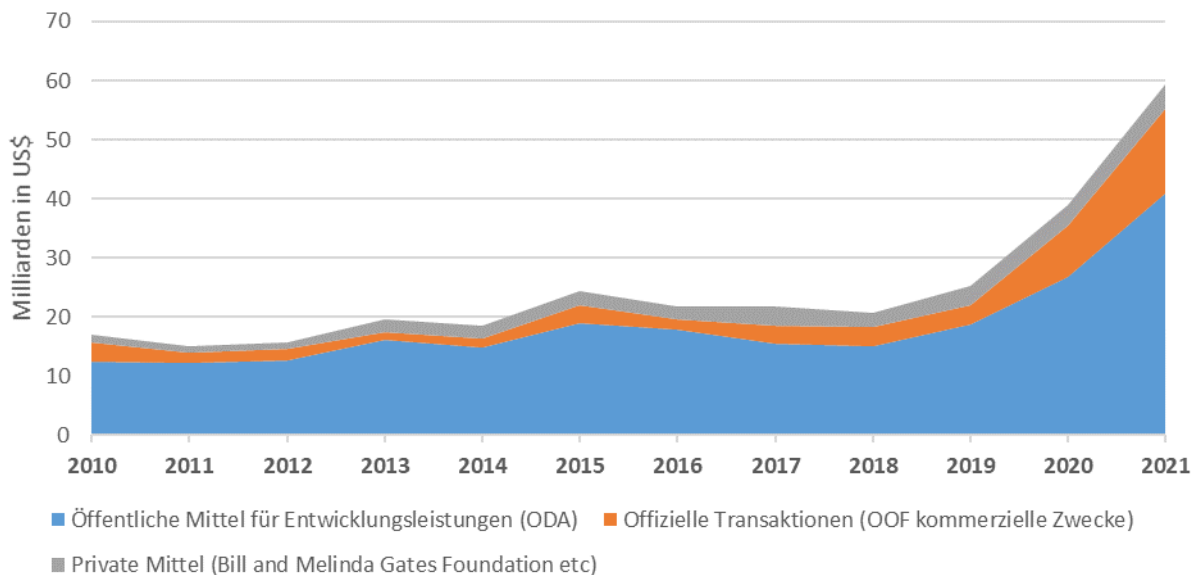
Abbildung 1: Gesundheitsfinanzierung in LMICs zwischen 2010 und 2020



Hinweis: OOPE = Out-of-Pocket-Ausgaben (Eigenleistungen privater Haushalte). Es fehlen Daten zu den staatlichen Gesundheitsausgaben und zu OOPE im Jahr 2021.

Quelle: von den Autor*innen erstellte Abbildung auf Grundlage von OECD.Stat; Datenbank „Global Health Expenditure“ der Weltgesundheitsorganisation. Werte von 2020 inflationsbereinigt in USD.

Abbildung 2: Internationale Gesundheitsfinanzierung für LMICs zwischen 2010 und 2021



Anmerkung: OOF = andere offizielle Transaktionen, einschließlich offizieller Transaktionen für kommerzielle Zwecke und Mittel zur Unterstützung privater Investitionen; private Mittel = private und gemeinnützige Stiftungen wie der Welcome Trust, die Rockefeller-Stiftung, die Bill und Melinda Gates-Stiftung usw.

Quelle: von den Autor*innen erstellte Abbildung auf Grundlage von OECD.Stat; Datenbank „Global Health Expenditure“ der Weltgesundheitsorganisation. Werte von 2020 inflationsbereinigt in USD.

Weitere Finanzierungslücken offenbaren sich für die Erreichung von UHC in LMICs. Laut einer Modellierungsstudie von Stenberg et al. (2017) sind für die Erreichung von UHC zusätzliche Investitionen von 54 Mrd. USD pro Jahr notwendig. Vergleicht man diese Finanzierungslücke mit den staatlichen Gesundheitsausgaben der LMICs im Jahr 2020, so wäre eine Steigerung um 37 % notwendig gewesen. Werden die Zahlen auf die ODA-Zahlungen für Gesundheit bezogen, ergibt sich eine erforderliche Aufstockung um 90 %. Wie oben beschrieben, sollten Investitionen in Pandemievorsorge und UHC idealerweise aufeinander abgestimmt werden. So können 30 % der erforderlichen zusätzlichen Investitionen für UHC (insgesamt 16 Mrd. USD) die Kosten für Pandemievorsorge wie Infrastruktur (Labore usw.) und Maßnahmen zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten (Tuberkulose, HIV, vernachlässigte Tropenerkrankungen usw.) abdecken. Das zeigt, wie groß das Potenzial für die Schaffung von Synergien zwischen Investitionen in Pandemievorsorge- und -bewältigung und UHC ist (Lal et al., 2022).

Insgesamt zeigen die beträchtlichen Finanzierungslücken, dass **LMICs und die internationalen Entwicklungspartner mehr Ressourcen für Gesundheit mobilisieren sollten**. Jedoch schränken die sich verschlechternden makroökonomischen Bedingungen, die hohe Schuldenlast und der wachsende Inflationsdruck die staatlichen Gesundheitsausgaben und internationalen Transferzahlungen für Gesundheit ein (Kurowski et al., 2021). Die Summe, die LMICs derzeit für die Begleichung ihrer Auslandsschulden ausgeben, übersteigt die für die Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme bereitstehenden Mittel bereits deutlich (Federspiel et al., 2022). Die steigenden Zinsen aus der Kreditaufnahme werden die Gesundheitssysteme der LMICs demnach weiter erheblich unter Druck setzen. Um dennoch in Gesundheitssysteme zu investieren und besonders die Ausgaben und Leistungen von grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen in Zeiten großer makroökonomischer Risiken zu schützen, machen wir folgende Vorschläge:

- **Eine naheliegende Möglichkeit für LMICs ihre Gesundheitsausgaben zu stabilisieren und ggf. zu erhöhen, ist es, aktiv einen größeren Anteil der staatlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung bereitzustellen** (Priorisierung des Gesundheitssektors) Schon vor COVID-19 räumten die Regierungen der LMICs den Gesundheitsausgaben in ihren Haushalten weniger Priorität ein als Länder mit höherem Einkommen. 2019 gaben LMICs 7 % ihrer Haushaltsmittel für Gesundheit aus, während dieser Anteil in Ländern mit mittlerem bis hohem Einkommen 11,5 % betrug (Kurowski et al., 2021). Werden Ausgaben in das Gesundheitssystem weiter hintenangestellt, kann das zu weiteren Rückschritten bei wichtigen Gesundheitsindikatoren z. B. beim Impfschutz führen. Aus sozioökonomischer Sicht sind Investitionen in Gesundheitssysteme zudem sehr vorteilhaft (siehe nächster Abschnitt) und können mittel- bis langfristig zu Wirtschaftswachstum und makroökonomischer Stabilität führen.
- **Internationale Entwicklungspartner können ebenfalls durch bessere Priorisierung und die Vermeidung paralleler Förderung Effizienz- und Effektivitätsgewinne bei der Gesundheitsfinanzierung erzielen.** Investitionen in Gesundheitssysteme, die sowohl PPR als auch UHC zugutekommen und aufeinander abgestimmt sind, können zu hohen Effizienz- und Effektivitätsgewinnen führen. Investitionen in PPR können potenziell bis zu 30 % der erforderlichen zusätzlichen Investitionen für UHC abdecken, wenn beide Bereiche besser koordiniert werden (Lal et al., 2022). So können Investitionen in Infrastruktur – etwa Labore – zum einen dazu dienen, den Anstieg übertragbarer Krankheiten wie Tuberkulose, HIV/AIDS und vernachlässigte Tropenerkrankungen einzudämmen und damit zur UHC beizutragen, zum anderen könnten sie während einer Pandemie bspw. für PCR-Tests genutzt werden. Geber können die Ausgabeneffizienz auch dadurch verbessern, dass sie mehr Mittel für grundlegende Gesund-

heitsdienstleistungen bereitstellen, die in Notlagen, wie Pandemien, oft aus Kostengründen nicht mehr angeboten werden können.

- **Eine weitere praktikable Option, um den finanziellen Spielraum von LMICs zu erweitern, sind *Debt Swaps*.** Debt Swaps oder Schuldenumwandlungen knüpfen den Erlass von Schulden an eine bilaterale Vereinbarung zwischen Schuldnerstaaten und Gläubigern. Letzterer verzichtet auf alle oder einen Teil der ausstehenden Schulden und Zinsforderungen, und der Schuldnerstaat erklärt sich bereit, die zweckgebundenen Mittel für die Unterstützung vorher festgelegter Ziele und Projekte, beispielsweise im Gesundheitssektor, zu verwenden. So könnte der Schuldenerlass als sinnvolles Tool zur Schließung von Finanzierungslücken im Gesundheitssektor dienen. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hat mithilfe solcher Debt Swaps erfolgreich Mittel für den Gesundheitssektor mobilisiert. Im Rahmen von zwölf Transaktionen mit drei Gebern (Australien, Deutschland und Spanien) flossen 226 Mio. USD an zehn Schuldnerländer für die Finanzierung des Gesundheitssektors. Dieser Mechanismus erfordert jedoch eine effiziente Koordinierung zwischen den Gläubigern und den verschuldeten Staaten und sollte angemessen auf die spezifischen Gegebenheiten und Verwendungszwecke zugeschnitten sein.
- **Eine weitere Option, zusätzliche Mittel für die Gesundheitsfinanzierung zu generieren, besteht in der Erhebung von Gesundheitssteuern.** Steuern auf gesundheitsschädliche Produkte wie Tabak, Alkohol und zuckerhaltige Getränke, so genannte „Gesundheitssteuern“, hätten einen doppelten Nutzen: Sie reduzieren den Konsum ungesunder Produkte und erzeugen die dringend benötigten zusätzlichen Einnahmen für Gesundheit. Schätzungen zufolge könnten solche Gesundheitssteuern kurzfristig die Hälfte der Finanzierungslücken von LMICs im Gesundheitsbereich schließen (Lane et al., 2021). Würden die Einnahmen

aus Steuern auf gesundheitsschädliche Produkte in die Gesundheitssysteme der LMICs zurückfließen, könnten sie mittelfristig Finanzierungslücken schließen. Damit die Einnahmen aus diesen Steuern tatsächlich in den Gesundheitssektor fließen können, ist es allerdings erforderlich, die Steuerverwaltung in vielen LMICs zu verbessern.

- **Die Förderung einer öffentlichen Krankenversicherung ist eine weitere Möglichkeit zusätzliche Mittel zu generieren,** und stellt in vielen LMICs eine noch ungenutzte Einnahmequelle dar. Die beste Option für LMICs sind öffentliche Krankenversicherungssysteme mit gemischten Finanzierungsquellen, wie etwa einkommensbasierten Versicherungsbeiträgen der Beschäftigten des formellen Sektors, allgemeine Steuern, sowie freiwillige Beiträge der Beschäftigten des informellen Sektors. Eine gemischte Finanzierung begegnet dem Problem des großen informellen Sektors in vielen LMICs, der es schwer macht die Versicherung allein aus Versicherungsbeiträgen zu finanzieren. Darüber hinaus können öffentliche Krankenversicherungen zu einem ganzheitlichen Finanzierungsansatz beitragen, der es ermöglicht, dass UHC und PPR gemeinsam und synergistisch verfolgt werden. Ein gutes Beispiel ist hier Thailand, wo viele Maßnahmen im Bereich Gesundheitssicherheit, als wichtiger Teil von UHC durch die Krankenversicherung finanziert werden und somit zu Effizienzgewinnen führen (Agyepong et al., 2023).

Sozioökonomische Auswirkungen von Investitionen in Gesundheitssysteme

Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Studien zeigen, dass Investitionen in Gesundheitssysteme erhebliche positive sozioökonomische Wirkungen haben können. Das können *direkte Wirkungen* sein, etwa auf die Gesundheit der Bevölkerung (z. B. gemessen an Sterblichkeit, Lebenserwartung usw.), aber auch *indirekte Wirkun-*

gen, wie auf das Einkommen, Beschäftigung, wirtschaftliche Produktivität und Wachstum.

Wirkungen auf die Gesundheit

Investitionen in Gesundheitssysteme können sich direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, indem sie den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erleichtern. Eine Studie mit 67 LMICs zeigt, dass eine Pro-Kopf-Investition von 30 USD in Gesundheitssysteme die Lebenserwartung um sechs bis sieben Jahre erhöhen und bis zu 64 Mio. Todesfälle verhindern kann (Stenberg et al., 2019). Darüber hinaus können Investitionen in Gesundheitssysteme das Leben von Tausenden von Müttern und Kindern in LMICs schützen. Jüngste Studien zeigen, dass eine Mittelaufstockung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit in LMICs jährlich 149.000 Fälle von Müttersterblichkeit, 849.000 Totgeburten, 1.498.000 neonatale Sterblichkeitsfälle und 1.515.000 zusätzliche Kindersterblichkeitsfälle vermeiden könnte (Clark et al., 2020). Das würde etwa der Hälfte der weltweiten Müttersterblichkeit und 60 % der Säuglings- und Kindersterblichkeit entsprechen. Die Kosten würden für LMICs bis 2035 nur zwischen 4,6 und 5,4 USD pro Kopf betragen (insgesamt zwischen 6,2 und 12,4 Mrd. USD). Eine andere Querschnittsstudie, zeigt, dass eine Erhöhung der staatlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 10 % zu einer Senkung der Kindersterblichkeitsrate um 2,5 % bis 4,2 % und der Müttersterblichkeitsrate um 4,2 % bis 5,2 % führen kann (Moreno-Serra & Smith, 2012). Eine weitere Querschnittsstudie, die insbesondere die Basisgesundheitsversorgung in LMICs untersucht, zeigt auf, dass Investitionen in diesem Bereich signifikant mit einer längeren Lebenserwartung (+2,5 Jahre) verbunden sind (Hsieh et al., 2015).

Investitionen in Gesundheitssysteme mit Fokus Basisgesundheitsversorgung können entscheidend zur Kosteneffizienz dieser Systeme beitragen. Ein Anstieg der Gesundheitsausgaben um 1 % (ca. 2,5 USD pro Kopf) im Bereich Basisversorgung kann künftige Gesundheitskosten pro

Kopf in Höhe von etwa 1000 USD in LMICs vermeiden (Daroudi et al., 2021). Gezielte Investitionen in Prävention können auch eine Senkung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bewirken. Einer Übersichtsstudie zufolge würde die Ausweitung von Kinderimpfprogrammen für Impfstoffe gegen zehn Antigene in LMICs zu etwa 16-mal geringeren Gesundheitskosten führen (Ozawa et al., 2016). Hauptgrund für diese Kostenersparnis sind die geringere Dauer/Rate der Krankenhauseinweisungen und geringere Kosten für Medikamente und Diagnostik.

Wirkungen auf Wirtschaft und Wachstum

Es gibt klare Belege dafür, dass Investitionen in Gesundheitssysteme einen erheblichen wirtschaftlichen Nutzen haben. Das bestätigen mehrere Berichte, etwa der Bericht der WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, der Bericht der Lancet-Kommission für Investitionen in Gesundheit und der Bericht der UN-Kommission für Beschäftigung im Gesundheitswesen und Wirtschaftswachstum. Allerdings ist die genaue Ermittlung, inwieweit Investitionen in Gesundheit und Gesundheitssysteme einen wirtschaftlichen Nutzen haben, eine methodische Herausforderung und kann auf verschiedene Weise erfolgen. Eine gängige Methode besteht darin, den Wert einer besseren Gesundheit (verringerte Sterblichkeit und Morbidität) mit dem Konzept des „Gesamteinkommens“ in Form einer Kosten-Nutzen-Analyse zu modellieren. Unter Verwendung dieses Ansatzes ist im jüngsten Bericht von WHO, UNICEF und der Lancet-Kommission das wirtschaftliche Kosten-Nutzen-Verhältnis von Investitionen in das Gesundheitssystem für LMICs ermittelt worden (Clark et al., 2020). Zu den berücksichtigten Investitionen gehören Maßnahmen gegen die schwersten Infektionskrankheiten wie HIV, Tuberkulose und Malaria, eine Reihe von Erkrankungen bei Müttern und Kleinkindern, Impfungen, Kindergesundheit, einschließlich der Behandlung von Durchfallerkrankungen und Lungenentzündungen, sowie die Bekämpfung ver-

nachlässigter Tropenerkrankungen. Darüber hinaus umfasst die Analyse die Kosten für systemweite Investitionen, inklusive Investitionen zur Stärkung der Gesundheitssysteme und zur Schaffung einer ausreichenden Absorptionskapazität, um die oben genannten Maßnahmen in großem Umfang durchzuführen. Tabelle 1 zeigt das Kosten-Nutzen-Verhältnis solcher Investitionen für Länder mit niedrigem und niedrigem bis mittlerem Einkommen.

Der wirtschaftliche (z. B. Produktivität) und soziale Nutzen (z. B. Gesundheit) der beschriebenen Investitionen in die Gesundheitssysteme übersteigt die Kosten in Ländern mit niedrigem Einkommen um das Neunfache und in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen um das Zwanzigfache. Allein die Investitionen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit haben ein wirtschaftliches Kosten-Nutzen-Verhältnis von 7,2 für Länder mit niedrigem Einkommen und von 10,3 für Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Aus wirtschaftlicher Sicht sind Investitionen in Gesundheitssysteme demnach sehr vorteilhaft.

Neben der Kosten-Nutzen-Analyse gibt es auch empirische Studien, die die Zusammenhänge zwischen Investitionen in das Gesundheitssystem und wirtschaftlicher Entwicklung auf makro- und mikroökonomischer Ebene untersuchen. Eine Übersichtsstudie zeigt, dass etwa 12 % des Wirtschaftswachstums in den LMICs im Zeitraum 1970–2000 auf die Verringerung der Erwachsenensterblichkeit infolge der Investitionen in die Gesundheitssysteme zurückzuführen sind (Jamison et al., 2005). Andere mikroökonomische Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitsproduktivität. Eine gute Gesundheit und Ernährung in der frühen Kindheit aufgrund von Investitionen in Mutter-Kind-Gesundheit steht in Verbindung mit einem Anstieg der Zahl der abgeschlossenen Schuljahre und der Körpergröße des Kindes, was wiederum positiv mit dem späteren Arbeitseinkommen korreliert. Eine Zunahme der Körpergröße um 1 % aufgrund eines besseren Ernährungs- und Gesund-

heitszustands im Kindesalter ist mit einem Anstieg des Einkommens im Erwachsenenalter um 5 % verbunden (Thomas & Frankenberg, 2002).

Tabelle 1: Kosten-Nutzen-Analyse (Ertrag für jeden investierten US-Dollar)

| Investitionsbereich | Gesamtes Gesundheitssystem | Mutter-Kind-Gesundheit |
|--|----------------------------|------------------------|
| Länder mit niedrigem Einkommen | 9,0 | 7,2 |
| Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen | 20,0 | 10,3 |

Hinweis: Die Kosten-Nutzen-Verhältnisse sind nur für Länder mit niedrigem Einkommen und Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen verfügbar.

Quelle: Clark et al. (2020)

Es ist unstrittig, dass Investitionen in das Gesundheitspersonal, insbesondere in lokale Gesundheitsfachkräfte (*Community Health Workers*), Gesundheitssysteme maßgeblich unterstützen. Gesundheitsfachkräfte sind zudem ein wichtiger Bestandteil der lokalen Wirtschaft, vor allem, wenn es sich um stabile und gut bezahlte Arbeitsplätze handelt und der Zugang zu weiterführender Bildung und Beschäftigung ermöglicht wird. Die WHO geht davon aus, dass in den LMICs bis 2030 etwa 10 Mio. Gesundheitsfachkräfte fehlen werden, und fordert entsprechende umfangreiche Investitionen. Es ist belegt, dass für jeden neu geschaffenen Arbeitsplatz im Gesundheitswesen durchschnittlich 3,4 Arbeitsplätze in anderen Sektoren entstehen (Scheil-Adlung & Nove, 2016). Diese neuen Arbeitsplätze können vor allem jungen Frauen eine Chance bieten und zur Geschlechtergleichheit beitragen.

Politische Empfehlungen

Die Pandemie hat uns die Wichtigkeit von Gesundheitssystemen vor Augen geführt. Die unvermeidlichen Auswirkungen des Klimawandels erfordern nun zusätzliche Anstrengungen, und größere Investitionen vonseiten der Gesundheits- und Finanzministerien sind notwendig um Gesundheitssysteme resilienter zu gestalten. Drei

konkrete politische Empfehlungen sollten hierbei in Betracht gezogen werden:

Erstens: Globale Gesundheitssicherheit lässt sich nur dann erreichen, wenn Gesundheit als globales öffentliches Gut behandelt wird. Angesichts der Lehren aus der Corona-Pandemie sind große Anstrengungen notwendig, um einen globalen Mindeststandard für Gesundheitsdienstleistungen und Kapazitäten in Zeiten von Gesundheitskrisen zu erreichen. Gleichzeitig müssen wir die bestehende Basis der Gesundheitssysteme stärken, um Gesundheitssicherheit zu gewährleisten. Werden Investitionen in die Gesundheit als Investitionen in ein globales öffentliches Gut betrachtet, trägt das der Tatsache Rechnung, dass globale Gesundheitskrisen globale Lösungen erfordern, und unterstreicht die Notwendigkeit einer nachhaltigen und langfristigen Finanzierung.

Zweitens wäre es empfehlenswert, dass LMICs und die internationalen Entwicklungspartner vor dem Hintergrund der großen Finanzierungslücken in den Bereichen PPR und UHC mehr Ressourcen für Gesundheit mobilisieren. Trotz der bestehenden makroökonomischen Risiken für LMICs sollten grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen finanziell weiter unterstützt werden. Mit den folgenden Maßnahmen können Staaten und internationale Entwicklungspartner Gesundheitsausgaben aufrechterhalten und ggf. erhöhen:

- **Priorisierung des Gesundheitssektors bei den nationalen Ausgaben:** Eine Möglichkeit für LMICs ihre Gesundheitsausgaben zu erhöhen, ist es, aktiv einen größeren Anteil des öffentlichen Haushalts für die Gesundheitsversorgung vorzusehen. Dies würde auch helfen, das Ungleichgewicht in der Gesundheitsfinanzierung zu verringern, das in LMICs dadurch entsteht, dass ein Großteil der Gesundheitsfinanzierung von den Bürger*innen selbst erbracht wird. Das führt zu systembedingten Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, wobei die Armen unverhältnismäßig stark benachteiligt werden.
- **Bessere Prioritätensetzung bei der internationalen Gesundheitsfinanzierung:** Internationale Entwicklungspartner können ihre Effizienz und Effektivität steigern, wenn sie Investitionen für PPR und UHC besser aufeinander abstimmen. Investitionen in die Pandemievorsorge können potenziell bis zu 30 % der erforderlichen zusätzlichen Investitionen für UHC abdecken, wenn beide Bereiche besser integriert werden. Die Geber können die Ausgabeneffizienz auch dadurch verbessern, dass sie mehr Mittel für essenzielle Gesundheitsdienste bereitstellen, die in Notlagen wie Pandemien besonders gefährdet sind. Dazu gehören Dienstleistungen in den Bereichen reproduktive Gesundheit, der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern sowie Impfungen.
- **Stärkerer Einsatz von Debt Swaps im Gesundheitsbereich:** Da Länder ihre Staatsschulden umstrukturieren und neu verhandeln, können Umschuldungen im Gesundheitssektor ihren finanzpolitischen Spielraum deutlich vergrößern. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hat mithilfe solcher Debt Swaps erfolgreich Mittel für den Gesundheitssektor mobilisiert. Regierungen der Geberländer sollten daher in Erwägung ziehen, zusätzlich zu den herkömmlichen Beiträgen auch im Rahmen von Debt Swaps zu investieren.
- **Unterstützung der LMICs bei der Erhebung von Gesundheitssteuern:** Steuern auf Produkte, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, hätten einen doppelten Nutzen: Sie würden vom Konsum ungesunder Produkte abhalten und die dringend benötigten zusätzlichen Einnahmen für Gesundheit generieren. Solche Gesundheitssteuern als Instrument zur Gesundheitsfinanzierung könnten in den LMICs die Hälfte der Finanzierungslücken im Gesundheitsbereich schließen und bergen damit ein großes Potenzial.

- **Förderung von öffentlichen Krankenversicherungen:** Die Einführung und Förderung öffentlicher Krankenversicherungen ist in vielen LMICs noch immer eine ungenutzte Einnahmequelle. Wir empfehlen LMICs mit einem großen informellen Sektor, Krankenversicherungssysteme mit einer gemischten Finanzierung aus verschiedenen Quellen einzuführen. Dieser Ansatz bietet eine integrativere und nachhaltigere Finanzierungslösung für LMICs.

Drittens sollten Gesundheitsausgaben nicht einfach als Kostenpunkt, sondern als wesentliche Investition in Produktivität und Wirtschaftswachstum betrachtet werden. Lokale Regierungen und Geberländer, die in Gesundheitssysteme einkommensschwacher Länder investieren, können einen wirtschaftlichen und sozialen Nutzen erwarten, der im Durchschnitt neun-

mal größer ist als ihre Investitionen; in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen ist der voraussichtliche Nutzen sogar 20 Mal größer. Mindestens 12 % des bisherigen Wirtschaftswachstums in LMICs sind auf den Rückgang der Erwachsenensterblichkeit durch öffentliche Investitionen in die Gesundheitssysteme zurückzuführen. Jeder durch Investitionen im Gesundheitswesen geschaffene Arbeitsplatz im Gesundheitssektor kann durchschnittlich 3,4 Arbeitsplätze in anderen Sektoren schaffen, was eine beträchtliche Chance bietet, die hohen Arbeitslosenzahlen in LMICs zu senken. Diese neuen Arbeitsplätze bieten vor allem Frauen eine Chance und können die Geschlechtergleichheit fördern. Mit Blick auf diese langfristigen Vorteile wird deutlich, dass Investitionen in die Gesundheit auch die sozialen und wirtschaftlichen Aspekte der nachhaltigen Entwicklung maßgeblich beeinflussen können.

Literatur

- Assefa, Y., Gilks, C. F., Van De Pas, R., Reid, S., Gete, D. G., & Van Damme, W. (2021). Reimagining global health systems for the 21st century: Lessons from the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 6(4), e004882.
- Agyepong, I., Spicer, N., Ooms, G., Jahn, A., Bärnighausen, T., Beiersmann, C., ... & Heymann, D. (2023). Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *The Lancet*, 401(10392), 1964-2012.
- Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., ...Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*, 395(10224), 605-658.
- Daroudi, R., Akbari Sari, A., Nahvijou, A., & Faramarzi, A. (2021). Cost per DALY averted in low, middle- and high-income countries: Evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 1-9.
- Federspiel, F., Borghi, J., & Martinez-Alvarez, M. (2022). Growing debt burden in low- and middle-income countries during COVID-19 may constrain health financing. *Global Health Action*, 15(1), 2072461.
- G20 High Level Independent Panel. (2022) A global deal for our pandemic age. Report of the G20 High Level Independent Panel on financing the global commons for pandemic preparedness and response, June 2021. <https://pandemic-financing.org/report/foreword/>
- Hsieh, V.C.R., Wu, J.C.L., Wu, T.N., & Chiang, T.L. (2015). Universal coverage for primary health care is a wise investment: Evidence from 102 low- and middle-income countries. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP877-NP886.
- Jamison, D.T., Lau, L.J., & Wang, J. (2005). Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. In G. López-Casasnovas, B. Rivera, & L. Currais. *Health and economic growth: Findings and policy implications* (pp. 67-91). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kickbusch, I., Hornidge, A.K., Gitahi, G., & Kamradt-Scott, A. (2022). *G7 measures to enhance global health equity and security*. https://www.think7.org/wp-content/uploads/2022/05/issuepaper_Health_G7-Measures-to-enhance-Global-Health-Equity-and-Security_Kickbusch_Hornidge_Gitahi_Kamradt-Scott.pdf
- Kurowski, C., Evans, D.B., Tandon, A., Eozenou, P.H.V., Schmidt, M., Irwin, A., ...Postolovska, I. (2021). *From double shock to double recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19*. (Health Nutrition and Population Discussion Paper). <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/d964eff2-d6b8-5aea-96d5-c0a628a13706>
- Lal, A., Abdalla, S.M., Chattu, V.K., Erondy, N.A., Lee, T.L., Singh, S., ...Phelan, A. (2022). Pandemic preparedness and response: Exploring the role of universal health coverage within the global health security architecture. *The Lancet Global Health*. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00341-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00341-2)
- Lane, C., Glassman, A., & Smitham, E. (2021). *Using health taxes to support revenue: An action agenda for the IMF and World Bank* (CGD Policy Paper, 203). Washington, D.C.: Center for Global Development.
- Malik, S. M., Barlow, A., & Johnson, B. (2021). Reconceptualising health security in post-COVID-19 world. *BMJ global health*, 6(7), e006520.
- Micah, A.E., Bhangdia, K., Cogswell, I.E., Lasher, D., Lidral-Porter, B., Maddison, E.R., ...Hlongwa, M.M. (2023). Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: Development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. *The Lancet Global Health*, 11(3), e385-e413.
- Moreno-Serra, R., & Smith, P.C. (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet*, 380(9845), 917-923.
- Mustafa, S., Zhang, Y., Zibwowa, Z., Seifeldin, R., Ako-Egbe, L., McDarby, G., ...Saikat, S. (2022). COVID-19 preparedness and response plans from 106 countries: A review from a health systems resilience perspective. *Health Policy and Planning*, 37(2), 255-268.
- Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L., & Walker, D.G. (2016). Return on investment from childhood immunization in low-and middle-income countries, 2011–20. *Health Affairs*, 35(2), 199-207.

Scheil-Adlung, X., & Nove, A. (2017). Global estimates of the size of the health workforce contributing to the health economy: The potential for creating decent work in achieving universal health coverage. In *Health employment and economic growth: An evidence base* (pp. 139-172). Geneva: World Health Organization.

Shroff, Z.C., Marten, R., Vega, J., Peters, D.H., Patcharanarumol, W., & Ghaffar, A. (2021). Time to reconceptualise health systems. *The Lancet*, 397(10290), 2145

Soucat, A. (2019). Financing common goods for health: Fundamental for health, the foundation for UHC. *Health Systems & Reform*, 5(4), 263-267. doi:10.1080/23288604.2019.1671125

Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T.T.T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., ... Soucat, A. (2017). Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 5(9), e875-e887.

Stenberg, K., Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Barkley, S., & Edejer, T.T.T. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1500-e1510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)

The Global Fund. (2022). *Fight for what counts*. Geneva: The Global Fund. https://www.theglobalfund.org/media/11798/publication_seventh-replenishment-investment-case_report_en.pdf

Thomas, D., & Frankenberg, E. (2002). Health, nutrition, and prosperity: A microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 106-113.

Vrijburg, K.L., & Hernández-Peña, P. (2020). *Global spending on health: Weathering the storm 2020* (WHO Working Paper 19.4). Geneva: World Health Organization.

Dr. Christoph Strupat ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Programm „Transformation der Wirtschafts- und Sozialsysteme“ am German Institute of Development and Sustainability (IDOS).

E-Mail: Christoph.Strupat@idos-research.de

Pooja Balasubramanian, PhD, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Programm „Transformation der Wirtschafts- und Sozialsysteme“ am German Institute of Development and Sustainability (IDOS).

E-Mail: Pooja.Balasubramanian@idos-research.de

Dr. Srinivasa Reddy Srigiri ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Programm „Umwelt-Governance“ am German Institute of Development and Sustainability (IDOS).

E-Mail: Srinivasa.Srigiri@idos-research.de

Prof. Dr Anna-Katharina Hornidge ist Direktorin des German Institute of Development and Sustainability (IDOS).

Mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)

Zitationsvorschlag:

Strupat, C., Balasubramanian, P., Srigiri, S.R., & Hornidge, A.-K.. (2023). *Gesundheitsfinanzierung in Zeiten von Mehrfachkrisen: Analyse und Empfehlungen* (Policy Brief 13/2023). Bonn: IDOS. <https://doi.org/10.23661/ipb13.2023>

Disclaimer:

Die Publikation gibt die Meinung der Autor*innen wieder und stellt nicht unbedingt jene des German Institute of Development and Sustainability (IDOS) dar.



Sofern nicht anders angegeben, ist der Inhalt dieser Publikation unter einer Creative Commons Attribution 4.0 International Licence lizenziert. Es ist erlaubt, dieses Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und zu bearbeiten, solange das German Institute of Development and Sustainability (IDOS) gGmbH und der/die Autor*in(nen) genannt werden.

IDOS Policy Brief / German Institute of Development and Sustainability (IDOS) gGmbH

ISSN (Print) 2751-4455

ISSN (Online) 2751-4463

DOI: <https://doi.org/10.23661/ipb13.2023>

© German Institute of Development and Sustainability (IDOS) gGmbH

Tulpenfeld 6, 53113 Bonn

Email: publications@idos-research.de

<http://www.idos-research.de>

Gedruckt auf umweltfreundlichem, zertifiziertem Papier.

