|  |  |
| --- | --- |
| International Health Systems  | Internationale Gesundheitssysteme |
| Learning Objectives  | Übergeordnete Lernziele |
| If healthcare systems were to choose a common mission statement, it would probably be the following: “We provide universal access to high quality healthcare based on need regardless of ability to pay.” Today, this statement is largely accepted around the world, but it raises fascinating questions on how this mission is achieved.  | Wenn sich Gesundheitssysteme auf ein gemeinsames Mission Statement verständigen würden, würde dieses wahrscheinlich lauten: “Wir bieten allgemeinen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung auf der Grundlage von Bedürftigkeit, unabhängig von Zahlungsfähigkeit.” Heute wird dieses Statement in aller Welt weitgehend akzeptiert – es wirft aber spannende Fragen auf, wie diese Mission verwirklicht wird.  |
| An essential starting point is the understanding of the aims and principles on which healthcare systems are built. What are the typical building blocks and how are systems governed to respond to changing needs? How are they held accountable if needs are not met? The second section of **International Health Systems** looks at healthcare systems from a delivery point of view: What are general principles regarding the organization of primary care, specialist care, inpatient care, and the pharmaceutical sector? Once this basis is established, general trends regarding the medical workforce are analyzed. This topic ranges from medical education to the distribution of the medical workforce across a territory. Next, efficiency considerations and equity are examined. When healthcare resources compete with other political priorities, such as housing, transportation, and defense, questions regarding the efficiency of healthcare expenditure become relevant. Are cross-country comparisons of healthcare system efficiency meaningful? If so, under what conditions?  | Ein wesentlicher Ausgangspunkt ist das Verständnis der Ziele und Prinzipien, auf denen die Gesundheitssysteme aufbauen. Welches sind die typischen Bausteine und wie funktioniert die Leitung dieser Systeme, um auf sich ändernde Bedürfnisse zu reagieren? Inwiefern werden Verantwortliche zur Rechenschaft gezogen, wenn sie den Bedürfnissen nicht gerecht werden? Der zweite Lernzyklus über **Internationale Gesundheitssysteme** betrachtet die Gesundheitssysteme vom Standpunkt der Leistungserbringung: Nach welchen Prinzipien werden die Primärversorgung, die fachärztliche Betreuung, die stationäre Versorgung und der pharmazeutische Sektor organisiert? Ausgehend von dieser Basis werden dann allgemeine Trends bezüglich der medizinischen Fachkräfte analysiert. Dieses Thema reicht von der medizinischen Ausbildung bis zur Verteilung der medizinischen Fachkräfte über das Land. Als Nächstes werden die Gesichtspunkte Effizienz und soziale Gleichheit auf den Prüfstand gestellt. Wenn das Gesundheitswesen mit anderen politischen Prioritäten wie Wohnungsbau, Verkehr und Verteidigung um Ressourcen konkurriert, bekommen Fragen nach der Effizienz der Gesundheitsausgaben mehr Gewicht. Sind Ländervergleiche zur Effizienz verschiedener Gesundheitssysteme sinnvoll? Wenn ja, unter welchen Bedingungen? |
| Throughout the course book, cross-references to national healthcare system strategies are used to make topics such as equity, efficiency, and service organization tangible. However, a dedicated presentation of national healthcare systems is reserved for the final part of this course. Three models of healthcare organization in a national setting are presented: the German social health insurance model (“Bismarck” model) the British National Health Service or “Beveridge” model, and the more market-based healthcare system of the United States. A brief review of healthcare systems in emerging countries concludes the course book. | In dem gesamten Studienskript gibt es immer wieder Rückbezüge zu den nationalen Gesundheitssystemen und ihren Strategien, um Begriffe wie soziale Gerechtigkeit, Effizienz und Organisation von Dienstleistungen anschaulich zu machen. Die eigentliche Darstellung der nationalen Gesundheitssysteme ist jedoch dem letzten Teil dieses Kurses vorbehalten. Es werden drei Modelle für Gesundheitswesen in ihrem nationalen Kontext vorgestellt: das deutsche Sozialversicherungsmodell („Bismarck”-Modell), der britische *National Health Service* oder „Beveridge”-Modell und das mehr marktbasierte Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten. Ein kurzer Überblick über die Gesundheitssysteme in Schwellenländern schließt das Studienskript ab.  |
| Unit 1 – Healthcare Systems Internationally: Politics, Economics, and Policy? | Lektion 1 – Gesundheitssysteme auf internationaler Ebene: Politik, Wirtschaft und politisches Handeln? |
| **Study Goals** | **Lernziele** |
| On completion of this unit, you will be able to …… understand aims and principles of healthcare systems.… identify major building blocks of healthcare systems.… analyze how healthcare systems are governed.… describe contextual factors impacting healthcare systems | Nach Abschluss dieser Lektion sind Sie in der Lage…… die Ziele und Prinzipien von Gesundheitssystemen zu verstehen.… die Hauptbausteine von Gesundheitssystemen zu identifizieren.… zu analysieren, wie Gesundheitssysteme geregelt werden. … kontextuelle Faktoren zu beschreiben, die sich auf Gesundheitssysteme auswirken |
| 1. Healthcare Systems Internationally: Politics, Economics, and Policy? | 1. Gesundheitssysteme auf internationaler Ebene: Politik, Wirtschaft und politisches Handeln? |
| Introduction  | Einführung  |
| Caring for health needs is part of the human condition. Inevitably, humans had to develop organized or ritualized ways of maintaining good health since the dawn of humankind. Most modern-day healthcare systems are built on the principle of universal access to care based on need, not ability to pay. They provide state of the art medical services based on a scientific and mechanistic view of human health, resulting in the high specialization of medical services. | Für Gesundheitsbedürfnisse zu sorgen ist Teil des Menschseins. Seit den ersten Anfängen der Menschheit war es unerlässlich, organisierte oder ritualisierte Weisen des Gesundheitserhalts zu entwickeln. Die meisten modernen Gesundheitssysteme bauen auf dem Prinzip eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung auf, basierend auf Bedürftigkeit, nicht Zahlungsfähigkeit. Sie erbringen modernste medizinische Dienstleistungen, denen ein wissenschaftlicher und mechanistischer Begriff von menschlicher Gesundheit zugrunde liegt, was zu einer hohen Spezialisierung der medizinischen Dienstleistungen führt.  |
| A comparative lens on healthcare systems benefits from a clear description of typical healthcare system building blocks. On an abstract level, health systems organize resources (workforce, capital, and technology) to provide services to the population. The World Health Organization (WHO) calls these components building blocks ([World Health Organization, 2010](file:///C%3A%5CUsers%5CRenat%5CDropbox%5CALE%5C12351-inthealsys-translation-script-20220816.docx#_ENREF_48)). | Für einen vergleichenden Blick auf die Gesundheitssysteme ist es hilfreich, eine klare Beschreibung typischer Bausteine eines Gesundheitssystems zugrunde zu legen. Abstrakt formuliert, verwalten Gesundheitssysteme Ressourcen (Arbeitskräfte, Kapital und Technologie), um Dienstleistungen für die Bevölkerung zu erbringen. Diese Komponenten bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Bausteine ([Weltgesundheitsorganisation, 2010](file:///C%3A%5CUsers%5CRenat%5CDropbox%5CALE%5C12351-inthealsys-translation-script-20220816.docx#_ENREF_48)). |
| Healthcare systems are also embedded in a wider cultural and social context, which determines the shape and priorities of healthcare systems. It also limits their ability to achieve a perfect state of health and well-being for every citizen due to socio-economic determinants of health. Acknowledging these determinants has led to a “health in all policies” approach that integrates housing, the labor market, the transportation policy, and many more. | Gesundheitssysteme sind außerdem in einen weiteren kulturellen und sozialen Kontext eingebettet, der Gestalt und Prioritäten eines Gesundheitssystems bestimmt. Sozio-ökonomische Determinanten begrenzen auch die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, einen vollkommenen Zustand der Gesundheit und des Wohlbefindens für jeden Bürger zu erreichen. Die Berücksichtigung dieser Determinanten hat zu einem *Health in all Policies* (HiAP)-Ansatz geführt, der Wohnungsbau, den Arbeitsmarkt, Verkehrspolitik und vieles andere integriert.  |
| To conclude this unit, issues of healthcare system governance are raised. How do political priorities translate into healthcare policy? The policy cycle is a useful analytical tool used to understand how strategy translates into policy that is implemented, evaluated, and eventually revised.  | Zum Abschluss dieser Lektion wird die Steuerung von Gesundheitssystemen thematisiert. Wie werden politische Prioritäten in Gesundheitspolitik umgesetzt? Ein nützliches Analyseinstrument ist der Policy-Zyklus, der verstehen hilft, wie eine Strategie in eine Politik umgesetzt, evaluiert und schließlich revidiert wird.  |
| 1.1 Aims and Principles of Healthcare Systems | 1.1 Ziele und Prinzipien von Gesundheitssystemen |
| Modern day healthcare systems need to balance competing requirements of cost, quality, and access, while staying true to their commitment to provide healthcare to the population. Understanding the historic roots of healthcare systems and the many aspects of health is important when considering current healthcare system challenges. | Moderne Gesundheitssysteme müssen den konkurrierenden Anforderungen von Kosten, Qualität und Zugang gerecht werden und gleichzeitig ihrer Verpflichtung, die Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten zu versorgen, treu bleiben. Für die Betrachtung der aktuellen Herausforderungen für Gesundheitssysteme ist es wichtig, die historischen Wurzeln der Gesundheitssysteme und die vielfältigen Aspekte von Gesundheit zu verstehen. |
| Roots of Healthcare Systems | Die Ursprünge von Gesundheitssystemen |
| Healthcare systems have a long history. Ancient civilizations, such as Mesopotamia and Egypt, had rules about healthcare delivery. In Europe, the spread of Christianity and monasteries gave rise to early forms of institutionalized healthcare and, later, hospital-focused care ([Mills, 2018](#_ENREF_29)). Guilds were also an important social basis for solidarity in communities; they organized healthcare on their members’ behalf. The German public health insurer “*Knappschaft*” was founded by a medieval association of miners with the first traces of a hospital dating back to the late thirteenth century ([Knappschaft Bahn-See, 2022](#_ENREF_25)).  | Gesundheitssysteme haben eine lange Geschichte. Alte Zivilisationen wie Mesopotamien und Ägypten hatten Vorschriften zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. In Europa führte die Verbreitung des Christentums und die Entstehung von Klöstern zu frühen Formen der institutionalisierten Gesundheitsversorgung und später zu krankenhauszentrierter Versorgung ([Mills, 2018](#_ENREF_29)). Auch die Zünfte bildeten eine wichtige Grundlage für die Solidarität in Gemeinschaften. Sie organisierten Gesundheitsversorgung für ihre Mitglieder. So wurde die öffentliche deutsche Knappschaftsversicherung von einer mittelalterlichen Vereinigung von Bergleuten gegründet. Die ersten Spuren eines von ihnen getragenen Krankenhauses gehen bis ins späte 13. Jahrhundert zurück ([Knappschaft Bahn-See, 2022](#_ENREF_25)).  |
| Definitions and models of health have also changed over time. Adinolfi (2014) describes pre-modern concepts of healthcare and healing as theurgical and magical models. He underlines that the connection of man with supernatural powers was at the center of medical reasoning, rather than a rational method. As a result “[healers] acted not by virtue of scientific knowledge, but thanks to a supernaturally endowed gift; therefore, they were not schooled in the art of medicine, but rather were consecrated by ancestral faith healers” ([Adinolfi, 2014, p. 226](#_ENREF_1)). | Auch die Definitionen und Modelle von Gesundheit haben sich im Laufe der Zeit verändert. Adinolfi (2014) beschreibt prämoderne Vorstellungen von Gesundheitsversorgung und Heilung als theurgische und magische Modelle. Er betont, dass die Verbindung des Menschen mit übernatürlichen Kräften und nicht etwa eine rationale Methode im Zentrum des medizinischen Denkens stand. Folgerichtig heilten die Heiler „nicht aufgrund von wissenschaftlichem Denken, sondern dank einer auf übernatürliche Weise verliehenen Gabe. Sie waren also nicht in der Heilkunst ausgebildet, sondern wurden von Geistheilern im Sinne ihrer Vorfahren geweiht“ ([Adinolfi, 2014, S. 226](#_ENREF_1)). |
| In the absence of actual “healing,” it becomes apparent that the aim of historical models of healthcare was not a reestablishment of perfect health in our current understanding. Rather, healthcare systems in the past were self-organized solidarity communities (in the case of the aforementioned *Knappschaft*) that sought to prevent an economic catastrophe for workers. | Da ein „Heilen“ im eigentlichen Sinne in den historischen Modellen nicht vorkam, wird deutlich, dass das Ziel dieser Modelle nicht die Wiederherstellung der vollkommenen Gesundheit im heutigen Sinne sein konnte. Vielmehr waren die Gesundheitssysteme der Vergangenheit selbstorganisierte Solidargemeinschaften (im Sinne der bereits erwähnten Knappschaft), die danach strebten, wirtschaftlichen Ruin von Arbeitskräften abzuwenden. |
| Health and Healthcare | Gesundheit und Gesundheitsversorgung |
| It seems almost trivial to state that the aim of healthcare systems is to enable good health, but is this a good starting point for healthcare systems research? A look at the World Health Organization’s (n.d.-a) definition of health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” ([p. 1](#_ENREF_45)) raises more questions than it answers. What are the inputs into such an ideal state of health? Are they individual behavior, the environment, genetics, and social interactions? Is it realistic to expect healthcare systems to provide for or even influence all these inputs? International healthcare systems are not and cannot be organized for such a mission. Instead, a commonly accepted WHO definition of the purpose of a healthcare system is to improve health. Improvement of health depends on access to healthcare services. If and how these are used is determined by organizational and individual factors. A useful concept is the “**co-production of health**” continuum that places the individual on a range between their citizen role, where lifestyle and prevention activities dominate health, and a telemdicine assisted patient who is being cared for in the hospital ([Kalra et al., 2014, p. 185](#_ENREF_24)). It clearly shows that the health system role in the “production of health” is a small part of this continuum.**Co-production of health**An individual can co-produce their state of health by engaging in healthy lifestyles in addition to seeking care.  | Es scheint geradezu eine Binsenweisheit zu sein, dass ein Gesundheitssystem zum Ziel hat, gute Gesundheit zu ermöglichen. Ist dies aber auch ein guter Ansatzpunkt zur Untersuchung von Gesundheitssystemen? Ein Blick auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation aus der Präambel ihrer Verfassung von 1946 als “Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ ([S. 1](#_ENREF_45)) wirft mehr Fragen auf als er beantwortet. Was sind die Voraussetzungen für einen solchen idealen Gesundheitszustand? Sind es das Verhalten des Einzelnen, die Umwelt, Genetik und soziale Interaktionen? Ist es realistisch, zu erwarten, dass ein Gesundheitssystem all diese Voraussetzungen schaffen oder wenigstens beeinflussen kann? Internationale Gesundheitssysteme sind nicht für eine solche Mission ausgelegt und können dies auch nicht leisten. Dagegen lautet eine weithin akzeptierte WHO-Definition, Zweck eines Gesundheitssystems sei es, die Gesundheit zu verbessern. Die Verbesserung der Gesundheit hängt vom Zugang zu Gesundheitsdiensten ab. Ob und wie diese genutzt werden, wird von organisatorischen und individuellen Faktoren bestimmt. Ein nützliches Konzept ist die „**Ko-produktion von Gesundheit**“. Sie stellt ein Kontinuum dar, an dessen einem Ende das Individuum in seiner Rolle als Bürger:in steht, wo Lebensweise und Präventionsmaßnahmen gesundheitsbestimmend sind, während am anderen Ende telemedizinisch betreute Patient:innen stehen, die im Krankenhaus versorgt werden ([Kalra et al., 2014, S. 185](#_ENREF_24)). Dabei zeigt sich deutlich, dass auf diesem Kontinuum dem Gesundheitssystem nur eine kleine Rolle in der „Produktion von Gesundheit“ zukommt. **Ko-Produktion von Gesundheit**Ein Individuum kann seinen Gesundheitszustand ko-produzieren, indem es zusätzlich zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einen gesunden Lebensstil pflegt. to seeking care.  |
| In line with the idea of improving health, healthcare systems tend to focus on a continuum of activities ranging from disease prevention to treatment and rehabilitation. The implied objective is to prevent the onset or worsening of disease, treat diseases that manifest themselves, and tackle the consequences of infirmity. To this day, the prevention dimension of healthcare systems is the most poorly developed because of the various factors that contribute to good health: a clean environment, personal hygiene, a balanced diet, physical activity, education, and wealth. It is therefore unsurprising that the infrastructure of healthcare systems, doctor’s offices, hospitals, pharmacies, and rehabilitation clinics all focus on the treatment of diseases and rehabilitation. This can be explained by multiple historic factors. A key motivation for the introduction of the social health insurance model in Germany under chancellor Otto von Bismarck (1815-1898) in the 1880s was addressing the growing social plight of industrial workers ([Greve, 2006, p. 23](#_ENREF_20)). The devastating effects of accidents and infirmity in the German industrial revolution had created a workers’ movement with political clout that threatened the political status quo. It is not entirely unfair to argue that the aim of Bismarck’s health insurance model was the preservation of an individual’s ability to work and provide for a family. Hence, the financing principle of joint employer and employee contributions into a mandatory insurance scheme was introduced, which was soon complemented by an accident and retirement insurance scheme ([Blümel et al., 2021, pp. 14-15](#_ENREF_5)) | Im Sinne der Idee von einer Verbesserung der Gesundheit konzentrieren sich Gesundheitssysteme eher auf ein Kontinuum von Maßnahmen, die von Krankheitsprävention über die Krankheitsbehandlung bis zur Rehabilitation reichen. Das angestrebte Ziel ist die Verhinderung des Auftretens oder der Verschlimmerung von Krankheiten, die Behandlung aufgetretener Krankheiten und das Eindämmen der Folgen von Gebrechlichkeit. Bis heute aber ist die Dimension der Prävention die am wenigsten entwickelte. Das liegt daran, dass verschiedene Faktoren notwendig sind, die zur Gesundheit beitragen: eine saubere Umwelt, persönliche Hygiene, eine ausgewogene Ernährung, körperliche Betätigung, Bildung und Wohlstand.So ist es wenig überraschend, dass die Infrastruktur von Gesundheitssystemen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und Reha-Kliniken, sich alle auf die Behandlung von Krankheiten und die Rehabilitation konzentrieren. Dafür gibt es vielerlei historische Gründe. Ein Hauptbeweggrund für die Einführung des sozialen Krankenversicherungsmodells in Deutschland unter Reichskanzler Otto von Bismarck (1815-1898) in den 1880er Jahren war, der zunehmenden sozialen Verelendung der Industriearbeiter entgegenzuwirken ([Greve, 2006, S. 23](#_ENREF_20)). Die verheerenden Auswirkungen von Arbeitsunfällen und Invalidität während der deutschen Industrierevolution hatten eine Arbeiterbewegung von politischer Schlagkraft hervorgebracht, die den politischen *Status quo* bedrohte. Man kann somit durchaus sagen, dass Bismarcks Krankenversicherungsmodell darauf abzielte, die Fähigkeit von Einzelpersonen zu erhalten, zu arbeiten und für ihre Familien zu sorgen. Daher wurde ein Finanzierungssystem eingeführt, bei dem sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer Pflichtversicherungsbeiträge entrichteten. Hinzu kamen bald eine Unfall- und eine Rentenversicherung ([Blümel et al., 2021, S. 14-15](#_ENREF_5)).  |
| Access Cost and Quality as Benchmarks | Zugangskosten und Qualität als Benchmarks |
| A healthcare system that is improving health through a collection of healthcare services can be analyzed across three dimensions from which the principles in the introduction are derived ([Johnson et al., 2017](#_ENREF_22)):1. Access and coverage
2. Cost and affordability
3. Quality

The access and coverage dimension deals with the accessibility of healthcare services. This can have an organizational and a financial dimension. In health insurance systems, access and coverage relate to the groups of people that are covered by health insurance. Is access limited to the working population that pays insurance contributions? What about special population groups, such as the homeless, prisoners, military personnel, or civil servants? In many countries, separate access and coverage rules exist for different population groups. Tax-financed systems tend to work on the principle of universal coverage for all population groups with services provided for free at the point of care. Even if financial access to care is ensured, access to care may have a socio-economic and organizational dimension. On this level of analysis, healthcare systems research deals with the distribution of healthcare resources across a territory and barriers to access that are due to health literacy problems or socio-economic disadvantages. The table below summarizes typical indicators used to measure access and coverage from both supply and demand sides. | Ein Gesundheitssystem, das die Gesundheit durch eine Reihe von Gesundheitsdienstleistungen verbessert, lässt sich nach drei Dimensionen analysieren, deren Prinzipien in der Einleitung abgeleitet wurden ([Johnson et al., 2017](#_ENREF_22)):1. Zugang und Absicherung
2. Kosten und Erschwinglichkeit
3. Qualität

In der Zugangs- und Absicherungsdimension geht es um die Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste. Daran kann sich eine organisatorische und eine finanzielle Dimension anschließen. In Krankenversicherungssystemen gelten Zugang und Absicherung für Bevölkerungsgruppen, für die eine Krankenversicherung besteht. Ist der Zugang auf die arbeitende Bevölkerung begrenzt, die Versicherungsbeiträge zahlt? Wie steht es um Sondergruppen der Bevölkerung, etwa Obdachlose, Gefängnisinsass:innen, Militärpersonal oder Beschäftigte des Öffentlichen Dienstes? In vielen Ländern gelten für bestimmte Bevölkerungsgruppen besondere Zugangs- und Absicherungsbestimmungen. Steuerfinanzierte Systeme arbeiten meist nach dem Grundsatz einer universellen Absicherung für alle Bevölkerungsgruppen, wobei die Dienstleistungen am Versorgungsort (*point of care*) kostenlos erbracht werden. Selbst wenn der Zugang finanziell gesichert ist, kann der Zugang zur Versorgung noch eine sozio-ökonomische und organisatorische Dimension haben. Auf dieser analytischen Ebene befasst sich die Gesundheitssystemforschung mit der Verteilung von Gesundheitsressourcen über ein Territorium und mit Zugangsbarrieren aufgrund von Gesundheitskompetenzproblemen und sozio-ökonomischer Benachteiligung. Die nachstehende Tabelle fasst die typischen Indikatoren zur Messung von Zugang und Absicherung sowohl von der Angebots- als auch der Nachfrageseite her zusammen.  |
| Access and Coverage Indicators | Indikatoren für Zugang und Absicherung |
|  | Tabelle s. Extra-Dokument |
| Self-Check Questions  | Fragen zur Selbstkontrolle |
| 1. Please identify all statements that apply to the relationship between healthcare systems and health.

Healthcare systems guarantee the perfect health of individuals.*Healthcare systems provide access to healthcare services.*Healthcare systems are a modern invention.1. The indicator “number of general practitioners per 100,000 population” is an example of which of the following?
* a coverage indicator
* *an access indicator*
* a demand side indicator
1. Please complete the following sentence.

Access, cost, and *quality* are benchmarks for healthcare system performance. | 1. Bitte kennzeichnen Sie alle Aussagen, die auf die Beziehung zwischen Gesundheitssystemen und Gesundheit zutreffen.

Gesundheitssysteme garantieren dem Einzelnen vollkommene Gesundheit.*Gesundheitssysteme bieten Zugang zu Gesundheitsdiensten.*Gesundheitssysteme sind eine moderne Erfindung.1. Für welche Art von Indikatoren ist der Indikator “Anzahl der Allgemeinärzt:innen pro 100.000 Einwohner” ein Beispiel?
* Ein Absicherungsindikator
* *Ein Zugangsindikator*
* Ein Nachfrageseitenindikator
1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz:

Zugang, Kosten und *Qualität* sind Benchmarks für die Leistungsfähigkeit (*Performance*) eines Gesundheitssystems. |