



# Health System Watch



## Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung?

### Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling\*

#### Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung?

Mit 1. Mai 2004 werden zehn der derzeitigen EU-Beitrittskandidaten als vollwertige Mitgliedsländer in die Europäische Union aufgenommen. Auch wenn zwischen den durchschnittlichen Niveaus der Gesundheitsausgaben in der „alten“ und in der „neuen“ EU noch Welten liegen, zeigen sich bereits durchaus vielversprechende Hinweise auf eine Konvergenz. Mit dem bis Mitte der 90er Jahre vorliegenden Datenmaterial hat sich diese Entwicklung noch nicht ablesen lassen. Aber seit 1995 ist die Konvergenz der Mitgliedsländer der erweiterten EU bereits etwas stärker als jene der „alten“ EU-Mitglieder alleine. Ganz allgemein wird erwartet, dass sich das „Zusammenrücken“ in der erweiterten EU fortsetzt. Damit wird wohl auch die weitere Anpassung der Gesundheitsausgaben einhergehen. Dies resultiert zum Teil daraus, dass die Gesundheitsausgaben in Ländern mit einem niedrigen Ausgaben-niveau schneller wachsen.

#### Gesundheit bleibt uns teuer – so what?

Die ermittelte Bandbreite des Wirtschaftswachstums, die der österreichische Gesundheitssektor in der näheren Zukunft wahrscheinlich verbrauchen wird, liegt bereits sichtbar über jener in früheren Dekaden. Gemessen am BIP-Wachstum wurde in den 60ern und in den 80ern besonders wenig des Wirtschaftswachstums für das Gesundheitssystem aufgewendet. Anders in den 90ern: bei annähernd gleichem BIP-Wachstum stiegen die Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zum Jahrzehnt davor doppelt so stark. Dass der Gesundheitssektor auch in Zukunft einen steigenden Anteil des Wirtschaftswachstums verbrauchen wird, wird nur wenig Anlass zur Sorge geben, wenn neben nachhaltigem Wirtschaftswachstum in Hinkunft sichergestellt ist, dass die vermehrt eingesetzten Ressourcen einen gesundheitsrelevanten Nutzen erzielen. Dies ist aber eben nur dann gewährleistet, wenn Qualitätssicherung institutionalisiert wird und strikte Technologiebewertungen die Investitionsentscheidungen leiten. In diesem Bereich gibt es in Österreich einen vergleichsweise starken Nachholbedarf.

Annäherung  
durch  
Erweiterung?

Gesundheit  
bleibt uns  
teuer – so  
what?

\* Alle Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,  
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon +43-1-59991-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.  
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>





## Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung?

Mit 1. Mai 2004 werden zehn der derzeitigen EU-Beitrittswerber als vollwertige Mitgliedsländer in der Europäischen Union aufgenommen. Diese Umstellung wird zum Anlass genommen, in der vorliegenden Ausgabe zu untersuchen, wie weit sich die europäische Integration in den Gesundheitsausgaben der „alten“ Mitgliedsländer widerspiegelt. Im Weiteren wird dargestellt, wie sich die neuen Mitglieder in dieses Bild einfügen. Hierzu werden die auch in der ökonomischen Wachstumsliteratur gängigen Maße der  $\sigma$ -Konvergenz und der  $\beta$ -Konvergenz herangezogen.

### Noch liegen Welten zwischen alten und neuen EU-Mitgliedern ...

Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den Beitrittsländern erreichten gegen Ende der 90er Jahre etwa ein Drittel des entsprechenden Wertes von EU-BürgerInnen (siehe Tabelle A2). Damit ist der Abstand der beiden Ländergruppen bei den Gesundheitsausgaben noch ein wenig größer als beim durchschnittlichen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (siehe Tabelle A1). Die gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts liegen in den meisten Beitrittsländern noch deutlich hinter den Vergleichswerten in den EU-Staaten. 1999 betrug die BIP-Quote der Gesundheitsausgaben im Durchschnitt der Beitrittsländer 6,2 Prozent und lag damit rund 2,5 Prozentpunkte unter dem EU15-Niveau, einzelne Länder wie Malta, Slowenien und Tschechien erreichen aber durchaus schon eine höhere Quote als einzelne EU-Mitgliedsländer (siehe Tabelle A3). Freilich sind dies dieselben Beitrittskandidaten, die auch bei der gesamtwirtschaftlichen Produktivität hohe Werte verzeichnen. Soweit die Datenverfügbarkeit und -qualität eine aktuelle Aussage über die öffentlichen Gesundheitsausgaben erlaubt, ist festzustellen, dass nur noch in Tschechien, Slowenien und der Slowakei der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit rund 90 Prozent deutlich über dem EU15-Schnitt liegt (siehe Tabelle A4); Rumänien, das durch seinen öffentlichen Finanzierungsanteil von 100 Prozent auffällt, wird ja noch nicht in der aktuellen Beitrittsrunde zum EU-Mitglied. In den baltischen Staaten reduzierte sich die Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren deutlich, wobei sie in Lettland und Litauen bereits im Jahre 2000 unter dem EU15-Durchschnittswert lag.

### ... die sich durch wirtschaftliches Wachstum langsam annähern ...

Die ökonomische Theorie postuliert im Rahmen des neoklassischen Wachstumsmodells, dass Wirtschaftswachstum zu einer Annäherung des wirtschaftlichen Niveaus der einzelnen Länder führt.<sup>1)</sup> In den letzten 15 Jahren entstand ein erneutes Interesse an dieser Fragestellung, im Zuge dessen unter dem Schlagwort der „Konvergenz-Hypothese“ auch umfangreiche empirische Literatur hierzu entstand. Empirische Hinweise für Konvergenz wurden bislang insbesondere dann gefunden, wenn die untersuchte Ländergruppe aus relativ ähnlichen Ländern bestand. Da die Europäische Union ihre Wurzeln in einer Wirtschaftsunion hat, ist es naheliegend, auch die EU-Länder für derartige Untersuchungen heranzuziehen. Bezogen auf die EU15-Länder, findet eine neuere Untersuchung<sup>2)</sup> zwei Perioden, in denen Konvergenz stattgefunden hat: Zwischen 1960 und der ersten Ölkrise 1973 führten gesteigerter Handel und hohe Investitionsraten innerhalb der westeuropäischen Länder zu einem „Zusammenwachsen“. Eine zweite Konvergenzphase begann Mitte der 80er Jahre, schwächte sich aber Anfang der 90er Jahre deutlich ab.

Angesichts der bereits seit einigen Jahren laufenden Vorbereitungen für ihren EU-Beitritt ist zu erwarten, dass auch die Beitrittskandidaten einen Prozess der wirtschaftlichen Konvergenz durch-

1) Vereinfacht gesprochen findet Konvergenz statt, weil Investitionen (Kapital) im Vergleich zu reicheren Ländern bzw. Sektoren in weniger gut ausgestatteten Ländern/Sektoren einen höheren Ertrag versprechen bzw. weil Beschäftigte (Arbeit) in Länder/Wirtschaftsbereiche abwandern, in denen die Löhne höher sind. Für einen Überblick vgl. *Barro RJ, Sala-i-Martin X: Economic Growth*. New York: McGraw Hill 1995.

2) *Kaitila V: Convergence of real GDP per capita in the EU15 – How do the accession countries fit in?* ENEPRI Working Paper No 25/January 2004.

Noch liegen  
Welten zwi-  
schen alten  
und neuen EU-  
Mitgliedern ...

... die sich  
durch wirt-  
schaftliches  
Wachstum  
langsam  
annähern ...

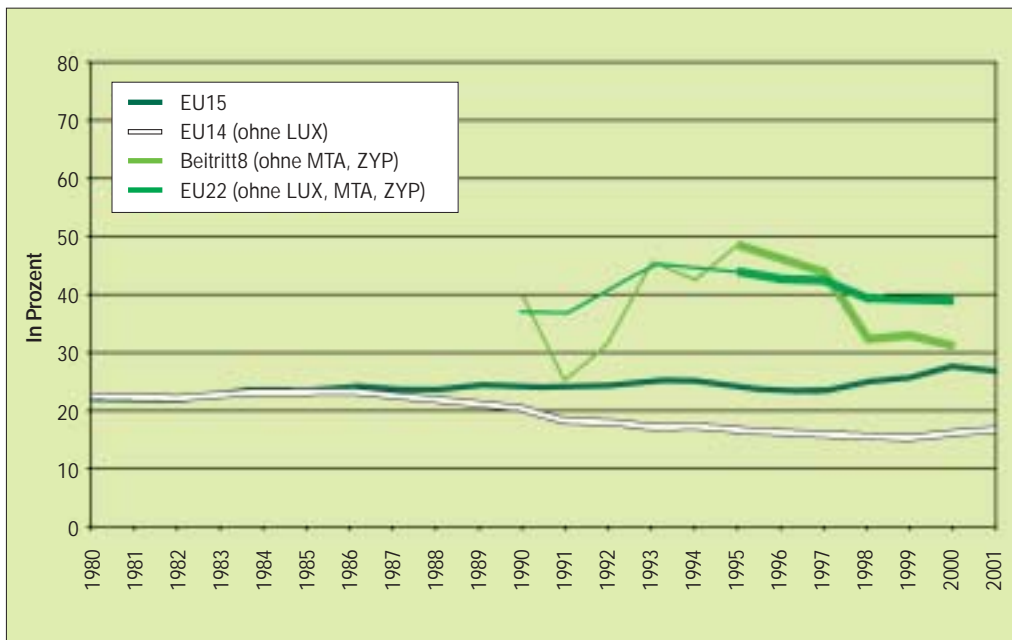




laufen. Diese Konvergenz kann sich sowohl in einer Verkleinerung der Einkommensabstände zwischen den Beitrittsländern als auch in einer Annäherung an das EU-Niveau widerspiegeln. Bis 1989 konnten die zentral- und osteuropäischen Länder auch Erfolge in ihren Bemühungen um eine wirtschaftliche Annäherung im Sinne einer  $\sigma$ -Konvergenz<sup>3)</sup> verzeichnen. Anfang der 90er Jahre spiegeln die Daten jedoch eine gewisse Stagnation des Konvergenzprozesses wider<sup>4)</sup>, zu der die massiven wirtschaftlichen und sozialen Änderungen im Zuge der Transformation beigetragen haben dürften. Abbildung 1a illustriert die wirtschaftliche Konvergenz innerhalb der EU15 bzw. der Beitrittskandidaten. Die Streuung des Bruttoinlandsproduktes ( $\sigma$ -Konvergenz, vgl. Fußnote 3) innerhalb der EU14<sup>5)</sup> sinkt ab den 90er-Jahren, was auf eine Einkommenskonvergenz rückschließen lässt. Bei den Beitrittskandidaten liegt die Variation weit über jener der EU und weist vor 1995 auch keinen einheitlichen Trend auf. Fehlende oder nicht korrekte Datenerfassung in den Beitrittsstaaten dürfte hier eine bedeutende Rolle spielen.

Erst ab 1995 kann von „stabilen“ und für die Wachstumsentwicklung relevanten Daten ausgegangen werden.<sup>6)</sup> Ab diesem Zeitpunkt zeigt sich auch eine deutliche Konvergenz: Die Variation nimmt innerhalb von nur fünf Jahren in einem weit größeren Ausmaß ab, als es die alten EU-Länder innerhalb der vergangenen 20 Jahre bewältigen konnten – allerdings blieb die Streuung zwischen den Beitrittsländern nach wie vor mehr als doppelt so hoch wie zwischen den alten EU-Ländern. Schon im Vorfeld der aktuellen Erweiterungsrunde deutet sich somit bereits eine wirtschaftliche Annäherung alter und neuer Mitgliedsstaaten an. Auch in der erweiterten EU dürfte sich ein „Zusammenwachsen“ abzeichnen. In der Literatur gibt es Hinweise, dass bereits die Aussicht auf einen Beitritt einen positiven Effekt auf die wirtschaftliche Entwicklung der Beitrittskandidaten ausgeübt hat.<sup>7)</sup>

**Abbildung 1a: Variationskoeffizient ( $\sigma$ -Konvergenz) des Bruttoinlandsproduktes pro Kopf, US\$ Kaufkraftparitäten**



Quelle: WHO Health for all database, June 2003, Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

3)  $\sigma$ -Konvergenz beschreibt die Konvergenz, die durch eine im Zeitablauf sinkende Streuung der Pro-Kopf-Einkommen gekennzeichnet ist:  $\sigma = 100 \cdot (\text{Standardabweichung} / \text{arithmetischer Mittelwert})$ .

4) Wagner M, Hlouskova J: The CEEC10's real convergence prospects. CEPR Discussion Paper No 3318, Center for Economic Policy Research.

5) Abbildung 1a zeigt auch, dass eine Berücksichtigung von Luxemburg, welches durch ein beinahe doppelt so hohes Pro-Kopf-Einkommen charakterisiert ist, zu einer Aufhebung der Konvergenz führt.

6) Wagner, Hlouskova 2002, op cit, Seite 10.

7) Ben-David D: Trade and Convergence Among Countries. In: Journal of International Economics, vol 40, S. 279-298.



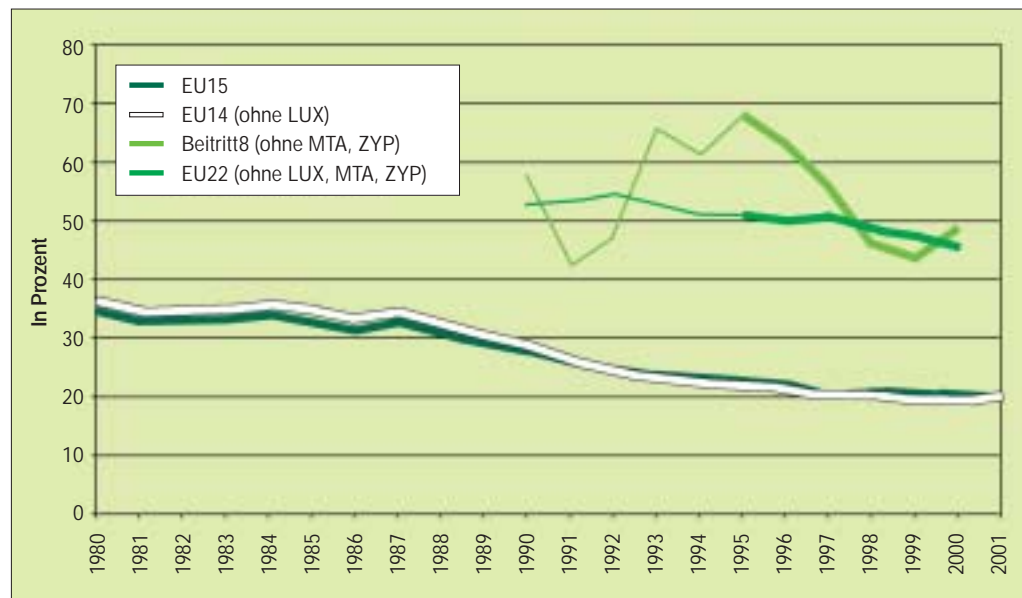
Trotz der bestehenden wirtschaftlichen, rechtlichen und institutionellen Anpassungsvorgänge dürfte aber das Erreichen des EU-durchschnittlichen Wohlstandsniveaus für die meisten der EU-Beitrittskandidaten noch in weiter Ferne liegen. Eine Vorausschätzung für zehn osteuropäische Länder kommt zum Schluss, dass sich mit Ausnahme von Tschechien und Slowenien der Aufholprozess noch über 20–30 Jahre hinziehen dürfte, bis die Beitrittsländer zum EU-Durchschnitt aufgeschlossen haben werden.<sup>8)</sup>

## ... aber strahlt diese Konvergenz auch auf den Gesundheitsbereich aus?

Unklar ist hingegen, ob eine Konvergenz der Beitrittskandidaten auch in Bereichen wie dem Gesundheitssektor zu sehen ist, der ja (noch) nicht zu den primären Zielfeldern der EU-Politik zählt. Eine ältere Arbeit<sup>9)</sup> untersuchte die Entwicklung der Sozialschutzausgaben in elf EU-Ländern und fand leichte Hinweise auf Konvergenz. Diese war aber durch die Ölkrise 1974-78 unterbrochen, weil einzelne Länder auf die erhöhten Anforderungen an das Sozialschutzsystem aufgrund der gestiegenen Arbeitslosigkeit unterschiedlich reagierten. Über einen längeren Zeithorizont und mit Hilfe einer anderen Methodik findet eine neuere Arbeit ebenfalls nur leichte Hinweise auf eine Konvergenz der Sozialschutzausgaben innerhalb der EU.<sup>10)</sup> Während dieser Beitrag keine Hinweise auf eine langfristige oder ausgeprägte Konvergenz findet, deuten die Ergebnisse jedoch auf einen Aufholprozess hin. In Bezug auf die Gesundheitsausgaben zeigte eine Arbeit mit Daten bis zum Jahr 1994, dass (noch) keine Konvergenz festzustellen war.<sup>11)</sup>

Im Gegensatz dazu finden wir Hinweise auf eine sich abzeichnende Konvergenz auch im Gesundheitsbereich (vgl. Abbildung 1b). Bemerkenswert ist jedoch, dass im Vergleich zur Variation des BIP jene bei den Gesundheitsausgaben insbesondere zu Beginn der Beobachtungsperiode deutlich höher ist, und dies sowohl innerhalb der alten wie auch innerhalb der neuen Mitgliedsländer. Die Konvergenz innerhalb der Ländergruppen ist – ebenfalls in beiden Ländergruppen – noch deutlicher ausgeprägt.

Abbildung 1b: Variationskoeffizient ( $\sigma$ -Konvergenz) der Gesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ Kaufkraftparitäten



Quelle: WHO Health for all database, June 2003, Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

8) Wagner, Hlouskova 2002, op cit.  
 9) Alonso J, Galindo MA, Sosvilla-Rivero S: Convergence in social protection benefits across EU countries. In: Applied Economics Letters, vol 5, 1998, S. 153–155.  
 10) Sosvilla-Rivero S, Herce JA, de Lucio JJ: Convergence in Social Protection across EU countries, 1970-1999. ENEPRI Working Paper No 18, April 2002.  
 11) Comas-Herrera A: Is there convergence in the health expenditures of the EU Member States? In: Mossialos E, Le Grand J: Health Care and Cost Containment in the European Union, 1999.

... aber strahlt diese Konvergenz auch auf den Gesundheitsbereich aus?





Wie bereits beim Bruttoinlandsprodukt zu beobachten war, zeigt sich in der erweiterten EU (EU22) auch eine Abnahme des Variationskoeffizienten der Gesundheitsausgaben, die wir als Konvergenz interpretieren.

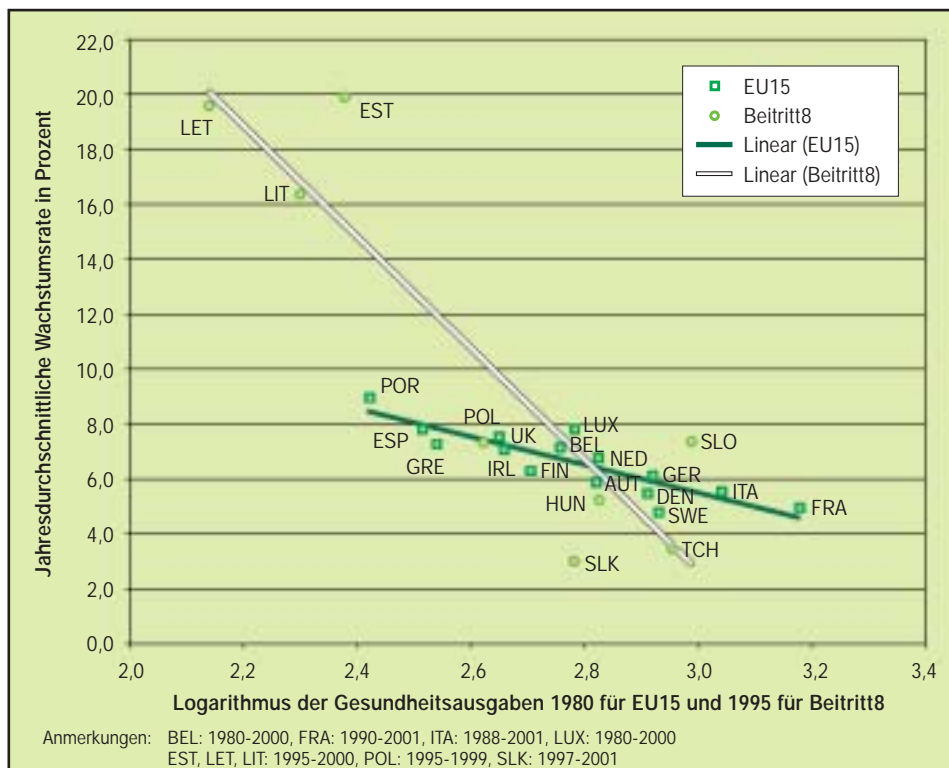
Aufgrund der unterschiedlichen Ausgabenniveaus in der „alten“ und in der „neuen“ EU ist die Abweichung zwischen den einzelnen Ländern offensichtlich auch nach den ersten Jahren mit leichter Konvergenz noch sehr ausgeprägt. Dies gilt erwartungsgemäß sowohl für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung als auch für die Gesundheitsausgaben, schließlich hängt die Höhe der Gesundheitsausgaben vornehmlich vom Einkommen ab.<sup>12)</sup>

Nicht nur die Geschwindigkeit der gesamtwirtschaftlichen Anpassung an das durchschnittliche EU-Niveau unterscheidet sich in den einzelnen Ländern sehr stark, sondern auch die Richtung: Slowenien hat ausgehend von 56 Prozent des EU-BIP pro Kopf 1990 auf 70 Prozent 2000 aufgeschlossen, während Lettland im selben Zeitraum von 40 Prozent auf 28 Prozent zurückgefallen ist, um zwei extreme Beispiele herauszugreifen (vgl. Tabelle A1). Außerdem zeigt dieses Beispiel, dass sich die einzelnen Länder zu Beginn der Ost-Öffnung in recht unterschiedlichen Ausgangspositionen befanden, was die Wachstumsgeschwindigkeit zusätzlich beeinflussen kann.

## Holen die ärmeren Länder auf?

Wir wollen uns nun der Frage zuwenden, ob Unterschiede im Niveau der Gesundheitsausgaben das Tempo des Wachstums beeinflussen. Dazu bedienen wir uns einer üblichen Messvariante ( $\beta$ -Konvergenz) und setzen die (logarithmierten) Gesundheitsausgaben des Basisjahres (1980 für die EU15, 1995 für die Beitrittsländer) in Beziehung zur Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben pro Kopf der darauffolgenden Jahre.

**Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Ausgangsniveau und jahresdurchschnittlicher Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ Kaufkraftparitäten (bis 2001)**



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003, Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

12) Gerdtham U, Jönsson B: International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis; Handbook of Health Economics Vol. 1, Ed.: Culyer AJ and Newhouse JP, Elsevier Science B.V., 2000.

Holen die ärmeren Länder auf?







Abbildung 2 bestätigt für beide Ländergruppen die Konvergenz: Die Gesundheitsausgaben wachsen in Ländern mit anfangs hohen Ausgaben langsamer als in Ländern mit anfangs niedrigen Ausgaben. In den Beitrittsländern ist dieser Zusammenhang erwartungsgemäß stärker ausgeprägt, wie die „steilere“ Gerade in der Abbildung veranschaulicht. Allerdings leidet der Vergleich, weil wir aufgrund der Datenqualität und -verfügbarkeit unterschiedliche Zeiträume betrachten mussten. Die baltischen Länder ausgenommen wird fälschlicherweise der Eindruck erweckt, dass die Beitrittsländer bereits ähnliche Ausgabenlevels wie die EU-Länder aufweisen. Dies ist offensichtlich aber in der Realität nicht der Fall, sondern resultiert aus den unterschiedlichen Bezugsjahren. Die Ergebnisse suggerieren eher, dass die Gesundheitsausgaben der (nicht-baltischen) Beitrittsländer in etwa jenem Niveau entsprechen, das die EU-Länder vor rund 15 Jahren pro EinwohnerIn aufwandten.

Wir können uns nun die Beobachtung, dass ein niedriges Ausgabenlevel zu höheren Wachstumsraten führt, zunutze machen, um die Geschwindigkeit der Anpassung zu messen. Dies ermöglicht uns festzustellen, wie stark die Konvergenz zum durchschnittlichen Ausgabenlevel ist. Tabelle 1 zeigt, dass sich die Konvergenz der Gesundheitsausgaben in den Beitrittsländern schneller vollzog (5,9 Prozent pro Jahr) als in den EU15-Ländern (2,6 Prozent).

**Tabelle 1: Konvergenzgeschwindigkeit der Gesundheitsausgaben (GA)**

$$\log GA_t - \log GA_{t-1} = \text{Konstante} + b * \log GA_{t-1} + u_t$$

	EU15 (1980-2001)	Beitritt8 (1995-2001)	EU23 (1995-2001)
<b>Konstante</b>	<b>0,106</b>	<b>0,198</b>	<b>0,141</b>
t-value	7,047**	3,040**	6,122**
<b>log GA<sub>t-1</sub></b>	<b>- 0,026</b>	<b>- 0,059</b>	<b>- 0,037</b>
t-value	- 5,211**	- 2,448**	- 4,886**
N	285	47	149
Adjusted R <sup>2</sup>	0,084	0,098	0,134
Durbin-Watson	1,760	1,930	2,077

\*\* Signifikant auf einem Niveau von 5 Prozent.

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Darüber hinaus ist ab 1995 zu beobachten, dass sich bereits ein Konvergenzprozess in der erweiterten EU abzeichnet. Der Zusammenhang zwischen Ausgangsniveau und Anpassungsgeschwindigkeit ist signifikant, allerdings unterstreicht der niedrige Erklärungswert (adj. R<sup>2</sup> = 0,13), dass etliche weitere Faktoren von Bedeutung sind, die in der Gleichung nicht berücksichtigt sind.

Ganz allgemein wird jedoch erwartet, dass das „Zusammenrücken“ in der (erweiterten) EU weiter geht. Die weitere Intensivierung des Handels<sup>13)</sup> in Verbindung mit Investitionen, die in Beitrittsländern oft auf eine gut qualifizierte Bevölkerung treffen, wird dafür verantwortlich gemacht. Damit wird wohl auch die weitere Anpassung der Gesundheitsausgaben einhergehen, und dies wahrscheinlich vornehmlich vermittelt der wirtschaftlichen Annäherung, obwohl Rückkoppelungseffekte nicht ausgeschlossen sind. Denn die Konvergenz kann sehr wohl durch strukturelle Maßnahmen wie die nachhaltige Einschränkung der Mobilität von PatientInnen und/oder des Gesundheitspersonals verlangsamt werden. Aber auch Ineffizienzen in der Finanzierung und im Ressourcenverbrauch könnten sich hemmend auf das Wachstum und demnach auf die Konvergenz auswirken. Weiters dürfte die demographische Entwicklung hier eine Rolle spielen. Ist es kurzfristig bis mittelfristig für den Anpassungsvorgang von Vorteil, wenn die Geburtenraten nicht sehr hoch sind<sup>14)</sup> (was in den Beitrittsländern spätestens beim Beginn der Transformation zu beobachten war), kann eine stark voranschreitende Alterung der Bevölkerung bei ungenügender Mobilität von Arbeit langfristig hemmend auf das Wachstum wirken, eine Sorge, die in den „alten“ EU-Ländern bereits die Tagespolitik bestimmt.

13) *Kaitilla V*: Accession countries' comparative advantage in the internal market: A trade and factor analysis. Institute for Economics in Transition BOFIT Discussion Papers, No. 3, Bank of Finland 2001.

14) Vgl. *Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G*: Altersstruktur und Gesundheitsausgaben: Sind die EU-Länder auf die EU-Gesundheitspolitik vorbereitet? Schwerpunktthema: Diagnose Armut?, III/Herbst 2003, [http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03\\_3d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03_3d.pdf).





## Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?

Die im Jänner 2004 veröffentlichten Gesundheitsausgaben für das Jahr 2002 wurden in der Höhe von 16,8 Mrd. Euro ausgewiesen. Dies entsprach einer BIP-Quote von 7,7 Prozent (siehe Tabelle 2). Unseren Schätzungen zufolge sind die Gesundheitsausgaben um mindestens drei Mrd. Euro unterschätzt. Unter Einbeziehung der Ausgaben der Länder für die Fondskrankenanstalten erreichten die Gesundheitsausgaben das Niveau von 19,6 Mrd. Euro. Dies entspricht einer BIP-Quote der Gesundheitsausgaben von 9,1 Prozent. Österreich rangiert damit im EU-Vergleich etwa in der Höhe von Frankreich und liegt somit über dem gewichteten EU-Durchschnitt, der im Jahr 2001 8,6 Prozent betrug (siehe Tabelle A4).

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsträger

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Gesundheitsausgaben (Statistik Austria), nominell, Mio. Euro</b>	14.081	14.860	13.839	14.644	15.378	15.994	16.238	16.806
In Prozent des Bruttoinlandsproduktes	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
<b>Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon), nominell, Mio. Euro</b>	15.615	16.389	15.986	16.884	17.679	18.455	19.008	19.610
In Prozent des Bruttoinlandsproduktes	9,1	9,2	8,8	8,9	9,0	8,9	9,0	9,1
<b>Finanzierung der Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon) nominell, Mio. Euro</b>								
Soziale Krankenversicherung	7.608	7.695	7.852	8.187	8.691	9.015	9.315	9.643
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	4.350	4.821	4.930	5.305	5.582	5.787	6.205	6.303
Staat	3.657	3.872	3.203	3.392	3.406	3.654	3.487	3.664
<b>Index 1995=100</b>								
Soziale Krankenversicherung	100	101	103	108	114	118	122	127
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	100	111	113	122	128	133	143	145
Staat	100	106	88	93	93	100	95	100
<b>In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben</b>								
Soziale Krankenversicherung	48,7	47,0	49,1	48,5	49,2	48,8	49,0	49,2
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	27,9	29,4	30,8	31,4	31,6	31,4	32,6	32,1
Staat	23,4	23,6	20,0	20,1	19,3	19,8	18,3	18,7

Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

### Private Ausgaben entwickeln sich ungehemmt ...

Von den geschätzten 19,6 Mrd. Euro finanziert die soziale Krankenversicherung 9,6 Mrd. Euro bzw. etwas mehr als 49 Prozent. Private Haushalte tragen zur Finanzierung mehr als 6 Mrd. Euro bei, was anteilmäßig etwa 32 Prozent entspricht. Von diesen 32 Prozent werden 17 Prozent über direkte Zahlungen der privaten Haushalte aufgebracht und 11 Prozent über direkte Selbstbehalte.<sup>15)</sup> Dem verbleibenden Anteil entsprechen Zahlungen an die private Krankenversicherung. Korrespondierend zur deutlichen Erhöhung der privaten Ausgaben sinkt der Anteil jener Ausgaben, die über die Steuermittel aufgebracht werden. Dass der Staat zurückhaltend ist, zeigt sich auch am Wachstum der Finanzierungsströme. Während die privaten Ausgaben

15) Wengleich ausgehend von einem niedrigeren Niveau verdoppelten sich die Zahlungen für die Selbstbehalte zwischen 1988 und 2002. Im Vergleich dazu stiegen die anderen privaten Zahlungen um knapp 55 Prozent. Vgl. Hofmarcher MM, Röhrling G: Cost sharing in EU health care systems. Austria, July 2003, to be published.

Private  
Ausgaben ent-  
wickeln sich  
ungehemmt ...





zwischen 1995 und 2002 um 45 Prozent wuchsen und die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung um 27 Prozent, gibt es im Sektor Staat quasi ein Nullwachstum. Dies mag freilich unter gesamtwirtschaftlichen Bedingungen und vor allem im Hinblick auf die Budgetdisziplin wünschenswert sein. Allerdings ist in Betracht zu ziehen, dass dies vor allem zulasten der privaten Haushalte gegangen ist. Dies ist unter Verteilungsgesichtspunkten bemerkenswert, da ja vor allem private Zahlungen weitgehend nicht nach der Leistungsfähigkeit fließen, sondern von der Zahlungsfähigkeit und vom Gesundheitszustand abhängen. Dies trifft in einem bedingten Umfang auch für Selbstbehalte zu, allerdings gibt es bei einer Reihe von Selbstbehalten insbesondere im ASVG-Bereich Einkommensuntergrenzen bzw. Ausnahmebestimmungen.

### ... und müssten beim Einfrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben ungebremst weiterwachsen.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion taucht immer wieder die Idee auf, das Wachstum der Gesundheitsausgaben an das Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) zu koppeln. Diese Koppelung könnte zu einer Finanzierungslücke im Umfang von etwa 4,8 Mrd. Euro - kumuliert über die Jahre 2004 bis 2007 - führen. Um das Niveau der Finanzierung zu halten, müssten beispielsweise die Ausgaben der privaten Haushalte entweder über neue Selbstbehalte oder über andere Zahlungen genau um diesen Betrag steigen. Jahresdurchschnittlich würde dies etwa 1,2 Mrd. Euro erfordern.<sup>16)</sup> Die folgenden IHS HealthEcon-Modellrechnungen haben das Ziel die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Jahre 2003–2007 abzuschätzen, wobei zwei Szenarien berechnet wurden. In der ersten Variante (S1) stützt sich die Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf eine Regressionsanalyse.<sup>17)</sup> Im zweiten Szenario (S2) wurde die Annahme getroffen, dass sich das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben 2003–2007 am prognostizierten gesamtwirtschaftlichen Wachstum von jahresdurchschnittlich 2,4 Prozent<sup>18)</sup> orientiert und somit die BIP-Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf einem Niveau von 5,4 Prozent „eingefroren“ wird.

Gemäß unseren Vorausschätzungen werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben trotz Berücksichtigung des geplanten Akutbettenabbaus bis in das Jahr 2007 um jahresdurchschnittlich 3,3 Prozent wachsen (vgl. Tabelle 3) und 2007 ein Niveau von 13,2 Mrd. Euro erreichen. Die BIP-Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben steigt gemäß unseren Schätzungen von derzeit 5,4 auf 5,9 Prozent im Jahre 2007. Eine Fixierung der BIP-Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 5,4 Prozent bis zum Jahr 2007 würde zu einer Senkung der öffentlichen Ausgabenquote auf 59,5 Prozent führen. Das Niveau der öffentlichen Ausgaben wird 2007 etwa 11,9 Mrd. Euro betragen.

**Tabelle 3: Vorausschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben, 2003–2007**

2002	BIP zu BIP Preisen 95, Mio. Euro		Öffentliche Gesundheitsausgaben zu Preisen 95, Mio. Euro				Öffentliche GA in Prozent der gesamten GA		Öffentliche GA in Prozent des BIP	
	201.200		10.819		69,9		5,4			
		WTR*	S1	WTR*	S2	WTR*	S1	S2	S1	S2
2003	202.620		11.620		10.895		70,9	66,5	5,7	5,4
2004	206.787	2,1	12.112	4,2	11.119	2,1	69,0	63,4	5,9	5,4
2005	212.569	2,8	12.625	4,2	11.430	2,8	67,5	61,1	5,9	5,4
2006	217.633	2,4	13.045	3,3	11.702	2,4	66,0	59,2	6,0	5,4
2007	222.398	2,2	13.218	1,3	11.959	2,2	65,7	59,5	5,9	5,4
<b>WTR 03–07</b>		<b>2,4</b>		<b>3,3</b>		<b>2,4</b>				

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2004. \* WTR: Wachstumsrate in Prozent

16) Bei einem fixen Selbstbehalt von 5 Euro für die Konsultation eines/einer praktischen ÄrztIn bzw. 10 Euro die Konsultation eines/einer FachärztIn könnten voraussichtlich höchstens etwa 640 Mio. Euro pro Jahr eingenommen werden. Vgl. Hofmarcher MM, Röhrling G: Was bringen neue Selbstbehalte in Österreich? Wien: Mimeo, Institut für Höhere Studien, Mai 2003.

17) Zeitraum: 1960–2002, erklärende Variable: Anteil der über 65-Jährigen, RadiologInnendichte, Akutbettendichte, Lebenserwartung mit 65, Ausgabenquotient (öffentliche bzw. gesamte Gesundheitsausgaben/BIP); vgl. Health System Watch I/2003, www.ihs.ac.at. Bei der Vorausschätzung wurde angenommen, dass sich der Anteil der über 65-Jährigen und die Lebenserwartung mit 65 gemäß Prognosen von Statistik Austria, die RadiologInnendichte sich im Ausmaß der Steigerung in den 90ern bis 2007 erhöhen bzw. sich die Akutbettendichte im geplanten Ausmaß um 6000 Betten bis 2007 reduziert.

18) Institut für Höhere Studien, Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2003–2007, www.ihs.ac.at.

... und müssten beim Einfrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben ungebremst weiterwachsen.







Wenn wir unterstellen, dass die Budgetierung keine Verhaltensänderung bewirkt wie beispielsweise die Ausschöpfung von Effizienzpotenziale, ergibt sich somit für die Jahre 2003 bis 2007 ein kumulierter Finanzierungsbedarf von rund 4,8 Mrd. Euro. Abgesehen von den voraussichtlich negativen Verteilungswirkungen, die durch die Abwälzung der Finanzierung auf die privaten Haushalte eintritt, gehen wir davon aus, dass die Budgetierung die technologische Entwicklung hemmen kann.

## Können wir uns immer bessere Gesundheitsversorgung nicht leisten ...

Im Zuge von Gesundheitsreformen sind die verantwortlichen Akteure stets mit der Frage konfrontiert, welcher Kostenanstieg im Gesundheitswesen erschwinglich ist. Die „Erschwinglichkeit“ des Gesundheitssektors orientiert sich stark an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Mehr noch, der Gesundheitssektor wächst in fast allen entwickelten Ländern rascher als das Bruttoinlandsprodukt. Diesem Tatbestand hat der Gesundheitssektor das Attribut „Luxusgut“ zu verdanken: Wir reden vom „Luxusgut“ Gesundheit, weil die Menschen im Aggregat eine relativ zu anderen Konsumgütern und Leistungen höhere Neigung haben, in Gesundheitsleistungen „zu investieren“. Diese These bzw. die empirisch gefestigte Beobachtung ist seit den 70er Jahren weitgehend unwiderlegt geblieben. In Zeiten wirtschaftlicher Prosperität wird diesem Tatbestand zumeist wenig Beachtung geschenkt. Wenn jedoch der Abstand zwischen BIP-Wachstum und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben durch Konjunkturabflachung zunimmt, wird häufig von der Unfinanzierbarkeit des Gesundheitswesens gesprochen. Die „Unfinanzierbarkeitsthese“ ist demnach ein Kind einer schleppenden wirtschaftlichen Entwicklung, wie sie neuerdings eben auch in Österreich insbesondere ab 2001 zu beobachten war.

In der Literatur werden auch noch andere Erklärungsbeiträge zur überproportionalen Entwicklung der Gesundheitsausgaben angeboten. Zum einen wird vielfach darauf hingewiesen, dass die Inflation im Gesundheitswesen überschätzt wird<sup>19)</sup> und dass deshalb keine zuverlässigen Informationen über die Preise vorliegen. Dies ist nicht unwahrscheinlich, zumal sich die Zusammensetzung des Gesundheitspreisindex vorrangig an den Inputs, die für Behandlungen eingesetzt werden, orientiert und nicht am Ergebnis, wie z. B. dem Gewinn an zusätzlichen Lebensjahren oder Lebensqualität.

Das nachhaltige, relativ stärkere Wachstum der Gesundheitsausgaben hat seine Ursache nämlich hauptsächlich in der technologischen Entwicklung bzw. in der Entwicklung der Medizin ganz allgemein. Für die USA wurde ermittelt, dass etwa die Hälfte der langfristigen Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben dem Einsatz der medizinischen Technologie zugeschrieben werden kann.<sup>20)</sup> Aus dieser empirischen Beobachtung wurde die Empfehlung abgeleitet, Prognosen über die Entwicklung von Gesundheitsausgaben an der 1-Prozentpunkt-Differenz zwischen dem Anteil, den die medizinische Entwicklung am Wachstum der Gesundheitsausgaben leistet, und dem langfristigen Wachstum des Bruttoinlandsproduktes zu orientieren.

## ... oder wollen wir einfach nicht?

Wir wollen nun versuchen, die „These der Unfinanzierbarkeit“ der Gesundheitsausgaben näher zu beleuchten. Angelehnt an eine kürzlich publizierte Analyse<sup>21)</sup>, setzen wir uns im Folgenden mit der Frage auseinander, wie viel Prozent des Wachstums des Bruttoinlandsproduktes in den letzten Dekaden in den Gesundheitssektor geronnen sind. Tabelle 4 zeigt die Entwicklung der einzelnen BIP-Komponenten in den letzten vier Dekaden. Dies erlaubt uns zu untersuchen, wie sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum (ohne Gesundheitssektor) entwickelt hat.

Das stärkste Wachstum der Gesundheitsausgaben ist in den 60ern bzw. in den 70ern zu beobachten; die Pro-Kopf-Ausgaben verdoppeln sich jeweils. In den von wirtschaftlichen Krisen und Sparpaketen gekennzeichneten 80ern erhöhen sich die Ausgaben nur um mäßige 15 Prozent, ehe sich das Wachstum in den 90ern wieder verdoppelt.

19) Newhouse JP: Medical Care Costs: How much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 6, No. 3, 1992, S. 3-21. Triplett JE: Measuring the prices of medical treatment. Washington D.C.: Brookings Institution Press, 1999. Shapiro I, Shapiro MD, Wilcox D: Quality improvement in health care: A framework for price and output measurement. Working Paper 6971. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1999.

20) Technical Review Panel on the Medicare Trustees Report: Review of Assumptions and Methods Trustees' Financial Projections, 2000; <http://cms.hhs.gov/publications/technicalpanelreport.27/>, Katschnig et al. 2001, op. cit., S. 98.

21) Cherner ME, Hirth RA, Cutler DM: Increased spending on health care: How much can the United States afford? *Health Affairs* 2003, Vol. 22, Nr. 4.

Können wir  
uns immer  
bessere  
Gesundheits-  
versorgung  
nicht leisten ...

... oder wollen  
wir einfach  
nicht?





Tabelle 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben, 1960–2000

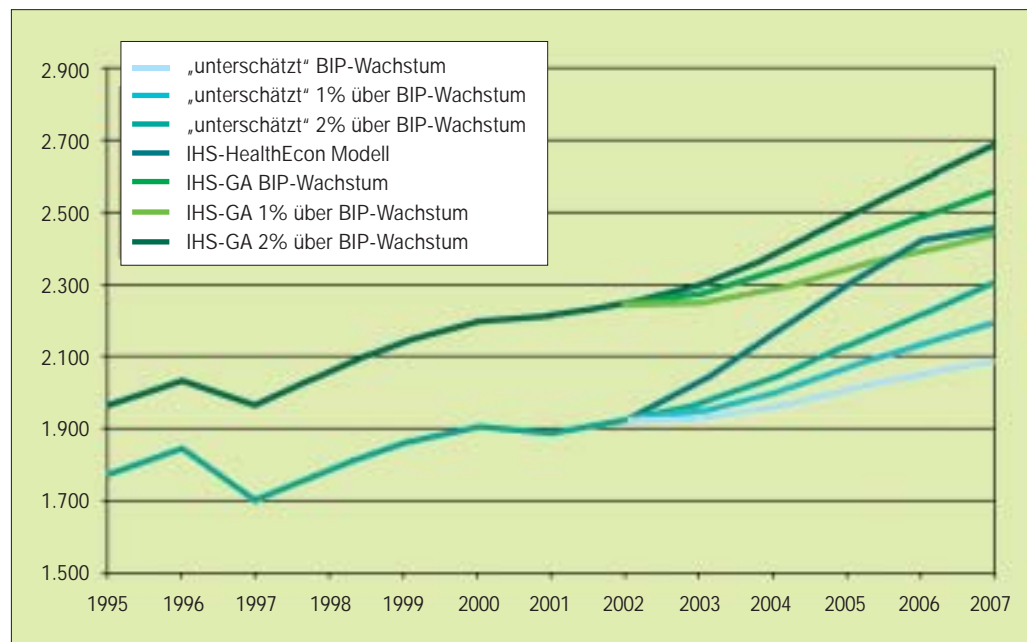
	1960	1970	1980	1990	2000
<b>BIP pro Kopf, zu Preisen 95, Euro</b>	7.025	11.557	16.295	20.139	24.589
Kumuliertes Wachstum in Prozent		64,5	41,0	23,6	22,1
<b>Gesundheitsausgaben pro Kopf, zu Preisen 95, Euro</b>	300	610	1.242	1.431	1.903
Kumuliertes Wachstum in Prozent		103,3	103,6	15,2	33,0
<b>BIP minus GA pro Kopf, zu Preisen 95, Euro</b>	6.725	10.947	15.053	18.708	22.687
Kumuliertes Wachstum in Prozent		62,8	37,5	24,3	21,3
<b>Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP</b>	4,3	5,3	7,6	7,1	7,7
<b>Wachstum der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP-Wachstums</b>		6,8	13,3	4,9	10,6

Quelle: OECD Health Data 2003, Statistik Austria, IHS HealthEcon 2004.

In den 60ern und 70ern konnte auch eine Verdoppelung der Gesundheitsausgaben nichts daran ändern, dass der Löwenanteil (93 bzw. 87 Prozent) des realen Einkommenswachstums für Güter und Dienstleistungen ausgegeben werden konnte, die nicht in Zusammenhang mit Gesundheit stehen. Gemessen am BIP-Wachstum wurde in den 60ern (6,8 Prozent) und in den 80ern (4,9 Prozent) besonders wenig des erzielten Wachstums für das Gesundheitssystem aufgewendet. Anders in den 90ern: bei annähernd gleichem BIP-Wachstum stiegen die Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zum Jahrzehnt davor um mehr als das Doppelte. Dies ist der Verlangsamung des Wirtschaftswachstums zuzuschreiben.

Interessanter als die Entwicklung in der Vergangenheit ist nun, wie sich die Gesundheitsausgaben in der Zukunft entwickeln. Die vorliegende Prognose umfasst den Zeitraum 2003 bis 2007.<sup>22)</sup>

Abbildung 3: Wachstumsszenarios der österreichischen Gesundheitsausgaben, pro Kopf zu Preisen 95, 1995–2007



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

22) Prognose des BIP: Institut für Höhere Studien, Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2003–2007, [www.ihs.ac.at](http://www.ihs.ac.at). Als Basis werden weiters sowohl die offiziellen Gesundheitsausgaben laut Statistik Austria als auch jene der IHS-HealthEcon Berechnungen verwendet. Zusätzlich werden diese Entwicklungen mit der Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben basierend auf einer Regressionsanalyse verglichen.





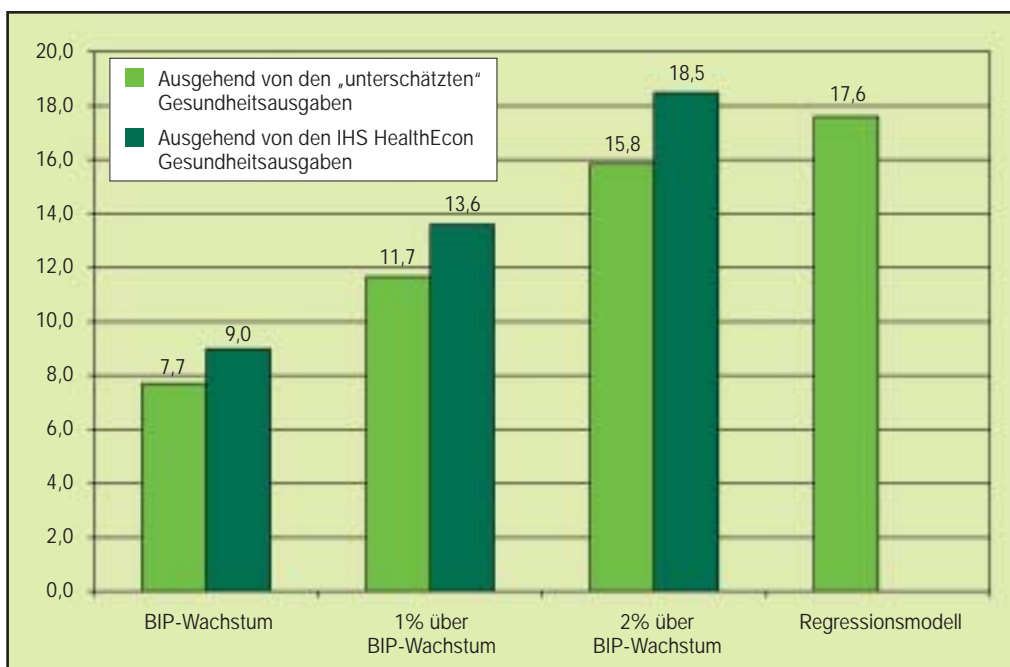
Abbildung 3 zeigt Wachstumsszenarien der Gesundheitsausgaben. Wir nehmen an, dass sowohl die offiziell ausgewiesenen Gesundheitsausgaben als auch die von uns geschätzten jeweils entweder um einen Prozentpunkt oder um zwei Prozentpunkte rascher wachsen als das Bruttoinlandsprodukt. Weiters simulieren wir, wie sich die Ausgaben entwickeln, wenn sich das Wachstum am BIP-Wachstum orientiert.

Wachsen beispielsweise die geschätzten Gesundheitsausgaben um zwei Prozentpunkte (IHS-GA 2% über BIP-Wachstum) stärker als das BIP, könnten die Pro-Kopf-Ausgaben um etwa 300 Euro von 2.380 Euro 2004 auf 2.690 Euro 2007 steigen. Im Folgenden wollen wir der Frage nachgehen, ob die Gesundheitsausgaben in der Zukunft noch finanzierbar sind.

## Und die Moral der Geschichte: Wir können, wenn wir wollen ...

Der prognostizierte Anteil des BIP-Wachstums, den das Gesundheitswesen beansprucht, liegt 2004-2007 deutlich höher als in früheren Dekaden. Abbildung 4 zeigt, dass sich auf Basis der „unterschätzten“ Gesundheitsausgaben der prognostizierte Anteil des BIP-Wachstums, der vom Gesundheitswesen verbraucht wird, in der Periode 2004–2007 zwischen 7,7 und 15,8 Prozent liegt. Auf Basis der IHS HealthEcon Gesundheitsausgaben ergibt sich annahmenbedingt das gleiche Muster, allerdings auf einem höheren Niveau (zwischen 9,0 und 18,5 Prozent). Im Vergleich dazu beträgt das Gesundheitsausgabenwachstum in Prozent des BIP-Wachstums auf Basis der Regressionsanalyse, die sowohl Angebots- als auch Nachfragefaktoren berücksichtigt, 17,6 Prozent.

Abbildung 4: Wachstum der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP-Wachstums, 2004–2007



Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Anders ausgedrückt ist es wahrscheinlich, dass weiterhin zwischen 80 und 90 Prozent des BIP-Wachstums für Konsumgüter und Leistungen zur Verfügung stehen, die nicht im Gesundheitssektor verbraucht werden. Damit ist die „These der Unfinanzierbarkeit“ zumindest relativiert. Dies deshalb, weil es wahrscheinlich ist, dass Menschen auch in der Zukunft der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert einräumen. Und wenn damit zusammenhängend sichergestellt werden kann, dass der Nutzen der zusätzlichen Ausgaben für Gesundheit den Nutzen, den andere Güter und Leistungen bringen, übersteigt, dann ist die Höhe des Ausgabenwachstums für den Gesundheitssektor irrelevant.

Und die Moral der Geschichte: Wir können, wenn wir wollen ...





... und müssen  
trotzdem  
sparen oder  
stärker  
wachsen.

## ... und müssen trotzdem sparen oder stärker wachsen.

Die ermittelte Bandbreite des Wachstums, die der Gesundheitssektor wahrscheinlich verbrauchen wird, liegt jedoch bereits deutlich über jener in früheren Dekaden (siehe Tabelle 4). Dies wird dann Anlass zur Sorge geben, wenn diese zusätzliche Ausgabendynamik keinen relativ höheren Nutzen mehr stiftet. Um dies sicherzustellen wird es demnach in Hinkunft bedeutend sein, nicht nur die Produktivität der Beschäftigten in diesem Bereich zu steigern, sondern auch sicherzustellen, dass die vermehrt eingesetzten Ressourcen einen gesundheitsrelevanten Nutzen erzielen. Dies ist bei der raschen Entwicklung des medizinischen Fortschrittes wahrscheinlich aber letztlich nur dann gewährleistet, wenn Qualitätssicherung institutionalisiert wird und strikte Technologiebewertungen die Investitionsentscheidungen leiten. In diesem Bereich gibt es in Österreich einen vergleichsweise starken Nachholbedarf.

Der steigende Finanzierungsbedarf für das Gesundheitswesen hat freilich auch Verteilungskonsequenzen. Die obige Analyse der privaten Ausgaben bzw. Versuche, die Ausgaben an das BIP-Wachstum zu koppeln, zeigen, dass private Haushalte verstärkt zur Finanzierung beitragen. Diese Verschiebung ist im Lichte der wachsenden Erkenntnis über die sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitszustand und die Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen besser verdienenden Personen und ärmeren Schichten<sup>23)</sup> zu beachten. Die Gesundheitspolitik ist dadurch gefordert, diese sozioökonomischen Unterschiede systematisch zu identifizieren und den zukünftigen Finanzierungsbedarf für den Gesundheitssektor nach der Leistungsfähigkeit sicherstellen, will sie weiterhin den Menschen in den Mittelpunkt stellen. Dies umso mehr, da auch in näherer Zukunft nicht zu erwarten sein wird, dass das Wirtschaftswachstum den Schwellenwert übersteigt, der das „Sparen“ im Gesundheitssektor zur „Nebenbeschäftigung“ macht bzw. der die Beitragseinnahmen „automatisch“ nach oben anpasst.



23) Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F: Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved? OECD 2002. [www.eur.nl/bmg/ecuity/ecuitywp.htm](http://www.eur.nl/bmg/ecuity/ecuitywp.htm): May 3, 2003. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhring G: Altersstruktur und Gesundheitsausgaben: Sind die EU-Länder auf die EU-Gesundheitspolitik vorbereitet? Schwerpunktthema: Diagnose Armut? HSW III/Herbst 2003 [http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03\\_3d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03_3d.pdf).



## Bruttoinlandsprodukt pro Kopf

**Tabelle A 1**  
**Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	16.947	21.676	22.596	23.856	24.894	25.954	28.348	28.760
Belgien	16.722	21.917	22.395	23.701	23.485	24.776	26.239	27.775
Dänemark	17.097	22.915	24.198	25.541	26.695	27.542	28.734	29.216
Deutschland	18.837	21.411	21.524	23.045	23.753	24.592	26.269	26.199
Finnland	16.539	18.837	19.456	21.263	22.143	23.224	25.414	26.438
Frankreich	17.623	20.849	20.890	21.712	22.587	23.831	25.594	26.879
Griechenland	9.389	12.743	13.311	14.033	15.012	15.753	16.481	16.137
Irland	11.743	18.008	18.792	22.009	23.203	25.981	28.200	30.002
Italien	16.475	20.136	20.874	21.762	23.003	24.026	25.245	26.345
Luxemburg	24.528	33.599	34.202	37.179	40.697	43.850	48.537	48.687
Niederlande	16.596	21.251	21.813	24.020	25.337	26.581	27.183	29.391
Portugal	9.873	13.662	14.058	15.626	15.822	16.854	16.857	17.560
Schweden	18.210	20.632	21.233	22.563	22.849	24.342	26.146	26.052
Spanien	12.184	15.290	15.972	16.971	18.084	19.018	20.080	21.294
Ver. Königreich	16.228	19.100	20.519	22.133	22.676	23.741	24.933	26.315
EU15*	16.329	19.629	20.202	21.488	22.329	23.381	24.761	25.656
EU12*	16.281	19.645	20.039	21.259	22.169	23.208	24.617	25.452
Schweiz	21.487	25.674	25.234	27.285	27.836	28.775	29.553	29.876
USA	23.038	27.559	28.772	30.283	31.612	33.016	34.602	35.182
Bulgarien	4.700	4.604	n.v.	4.010	4.809	5.071	5.710	n.v.
Estland	6.438	4.062	n.v.	n.v.	7.682	8.355	10.066	n.v.
Lettland	6.457	3.297	n.v.	3.940	5.728	6.264	7.045	n.v.
Litauen	4.913	3.843	n.v.	4.220	6.436	6.656	7.106	n.v.
Malta	8.732	13.316	n.v.	13.180	16.447	15.189	17.273	n.v.
Polen	4.900	7.003	7.383	7.544	8.472	8.989	9.529	9.934
Rumänien	2.800	4.431	4.580	4.310	5.648	6.041	6.423	n.v.
Slowakei	7.681*	8.916	9.589	10.324	11.068	11.430	11.279	12.010
Slowenien	9.156*	12.500	13.200	14.100	14.293	15.977	17.367	n.v.
Tschechien	11.531	12.371	12.995	13.159	13.312	13.662	13.802	15.143
Türkei	4.691	5.638	5.999	6.469	6.236	5.966	6.211	5.734
Ungarn	7.446*	8.976	9.216	9.845	10.619	11.314	12.204	13.431
Zypern	12.280	16.280	16.700	16.870	17.510	18.680	20.330	21.190
Beitritt13*	5.323	6.524	n.v.	7.116	7.625	7.812	8.218	n.v.
MOEL10*	5.600	6.942	n.v.	7.414	8.363	8.844	9.353	n.v.

\*1991, \*1993      \*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

	Index EU15=100									Wachstumsraten 90-95 oder 95-01 oder letzter verfügbar	
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001			
Österreich	104	110	112	111	111	111	114	112	5,0	4,8	
Belgien	102	112	111	110	105	106	106	108	5,6	4,0	
Dänemark	105	117	120	119	120	118	116	114	6,0	4,1	
Deutschland	115	109	107	107	106	105	106	102	2,6	3,4	
Finnland	101	96	96	99	99	99	103	103	2,6	5,8	
Frankreich	108	106	103	101	101	102	103	105	3,4	4,3	
Griechenland	57	65	66	65	67	67	67	63	6,3	4,0	
Irland	72	92	93	102	104	111	114	117	8,9	8,9	
Italien	101	103	103	101	103	103	102	103	4,1	4,6	
Luxemburg	150	171	169	173	182	188	196	190	6,5	6,4	
Niederlande	102	108	108	112	113	114	110	115	5,1	5,6	
Portugal	60	70	70	73	71	72	68	68	6,7	4,3	
Schweden	112	105	105	105	102	104	106	102	2,5	4,0	
Spanien	75	78	79	79	81	81	81	83	4,6	5,7	
Ver. Königreich	99	97	102	103	102	102	101	103	3,3	5,5	
EU15*	100	100	100	100	100	100	100	100	3,7	4,6	
EU12*	100	100	99	99	99	99	99	99	3,8	4,4	
Schweiz	132	131	125	127	125	123	119	116	3,6	2,6	
USA	141	140	142	141	142	141	140	137	3,6	4,2	
Bulgarien	29	23	n.v.	19	22	22	23	n.v.	-0,4	4,4	
Estland	39	21	n.v.	n.v.	34	36	41	n.v.	-8,8	19,9	
Lettland	40	17	n.v.	18	26	27	28	n.v.	-12,6	16,4	
Litauen	30	20	n.v.	20	29	28	29	n.v.	-4,8	13,1	
Malta	53	68	n.v.	61	74	65	70	n.v.	8,8	5,3	
Polen	30	36	37	35	38	38	38	39	7,4	6,0	
Rumänien	17	23	23	20	25	26	26	n.v.	9,6	7,7	
Slowakei	47	45	47	48	50	49	46	47	3,0	5,1	
Slowenien	56	64	65	66	64	68	70	n.v.	6,4	6,8	
Tschechien	71	63	64	61	60	58	56	59	1,4	3,4	
Türkei	29	29	30	30	28	26	25	22	3,7	0,3	
Ungarn	46	46	46	46	48	48	49	52	3,8	6,9	
Zypern	75	83	83	79	78	80	82	83	5,8	4,5	
Beitritt13*	33	33	n.v.	33	34	33	33	n.v.	4,2	4,7	
MOEL10*	34	35	n.v.	35	37	38	38	n.v.	4,4	6,1	

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für die USA; World Development Indicators 2003 für Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.







## Gesundheitsausgaben pro Kopf

Tabelle A 2

### Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	1.204	1.772	1.886	1.809	1.912	2.025	2.194	2.198
Belgien	1.245	1.900	1.983	2.013	2.008	2.144	2.293	n.v.
Dänemark	1.453	1.880	2.003	2.099	2.238	2.344	2.398	2.503
Deutschland	1.600	2.263	2.340	2.465	2.520	2.615	2.780	2.808
Finnland	1.295	1.414	1.486	1.548	1.528	1.608	1.699	1.841
Frankreich	1.509	1.984	1.987	2.032	2.096	2.211	2.387	2.561
Griechenland	695	1.226	1.275	1.326	1.406	1.516	1.556	1.511
Irland	719	1.223	1.239	1.417	1.438	1.623	1.793	1.935
Italien	1.321	1.486	1.566	1.684	1.778	1.883	2.060	2.212
Luxemburg	1.501	2.138	2.192	2.204	2.361	2.685	2.719	n.v.
Niederlande	1.333	1.787	1.818	1.958	2.176	2.310	2.348	2.626
Portugal	611	1.134	1.195	1.341	1.365	1.469	1.519	1.613
Schweden	1.492	1.680	1.779	1.855	1.903	2.053	2.195	2.270
Spanien	813	1.163	1.217	1.269	1.353	1.426	1.497	1.600
Ver. Königreich	977	1.330	1.440	1.516	1.563	1.704	1.813	1.992
EU15*	1.262	1.696	1.763	1.850	1.919	2.029	2.163	2.278
EU12*	1.307	1.765	1.822	1.910	1.984	2.087	2.227	2.332
Schweiz	1.836	2.555	2.615	2.841	2.952	3.080	3.160	3.248
USA	2.738	3.654	3.792	3.939	4.095	4.287	4.540	4.887
Bulgarien	244	214 <sup>a</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	301 <sup>a</sup>	240	n.v.		453	543	594	n.v.
Lettland	161	138	n.v.	177	235	326	338	n.v.
Litauen	162	200	n.v.	253	405	406	426	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1.262	1.522	n.v.
Polen	259	420	473	461	543	558	n.v.	n.v.
Rumänien	79	142	156	134	232	272	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	606	637	666	641	682
Slowenien	311	975	1.030	1.086	1.115	1.230	1.389	n.v.
Tschechien	575	902	918	931	943	969	987	1.106
Türkei	171	190	234	272	301	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	532 <sup>a</sup>	671	663	684	731	771	817	911
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	236	326	n.v.	388	443	575	n.v.	n.v.
MOEL10*	272	409	n.v.	465	536	566	n.v.	n.v.

<sup>a</sup>1992, <sup>b</sup>1994

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

### Index EU15=100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	95	104	107	98	100	100	101	96
Belgien	99	112	112	109	105	106	106	n.v.
Dänemark	115	111	114	113	117	115	111	110
Deutschland	127	133	133	133	131	129	129	123
Finnland	103	83	84	84	80	79	79	81
Frankreich	120	117	113	110	109	109	110	112
Griechenland	55	72	72	72	73	75	72	66
Irland	57	72	70	77	75	80	83	85
Italien	105	88	89	91	93	93	95	97
Luxemburg	119	126	124	119	123	132	126	n.v.
Niederlande	106	105	103	106	113	114	109	115
Portugal	48	67	68	73	71	72	70	71
Schweden	118	99	101	100	99	101	101	100
Spanien	64	69	69	69	70	70	69	70
Ver. Königreich	77	78	82	82	81	84	84	87
EU15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	104	104	103	103	103	103	103	102
Schweiz	146	151	148	154	154	152	146	143
USA	217	215	215	213	213	211	210	215
Bulgarien	19	13	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	24	14	n.v.	n.v.	24	27	27	n.v.
Lettland	13	8	n.v.	10	12	16	16	n.v.
Litauen	13	12	n.v.	14	21	20	20	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	62	70	n.v.
Polen	21	25	27	25	28	27	n.v.	n.v.
Rumänien	6	8	9	7	12	13	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	33	33	33	30	30
Slowenien	25	57	58	59	58	61	64	n.v.
Tschechien	46	53	52	50	49	48	46	49
Türkei	14	11	13	15	16	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	42	40	38	37	38	38	38	40
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	19	19	n.v.	21	23	28	n.v.	n.v.
MOEL10*	22	24	n.v.	25	28	28	n.v.	n.v.

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.





Tabelle A 3

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	7,1	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6
Belgien	7,4	8,7	8,9	8,5	8,5	8,7	8,7	n.v.
Dänemark	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6
Deutschland	8,5	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7
Finnland	7,8	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0
Frankreich	8,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,5
Griechenland	7,4	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4
Irland	6,1	6,8	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5
Italien	8,0	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4
Luxemburg	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,1	5,6	n.v.
Niederlande	8,0	8,4	8,3	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9
Portugal	6,2	8,3	8,5	8,6	8,6	8,7	9,0	9,2
Schweden	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7
Spanien	6,7	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Ver. Königreich	6,0	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6
EU15*	7,7	8,7	8,7	8,6	8,6	8,7	8,8	8,6
EU12*	8,0	9,0	9,1	9,0	8,9	9,0	9,1	8,8
Schweiz	8,5	10,0	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	10,9
USA	11,9	13,3	13,2	13,0	13,0	13,0	13,1	13,9
Bulgarien	25,2	4,7 <sup>a</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	4,5 <sup>a</sup>	5,9	6,1	6,0	5,9	6,5	5,9	5,5
Lettland	2,5	4,2	4,5	4,5	4,1	5,2	4,8	4,8
Litauen	3,3	5,2	5,4	6,0	6,3	6,1	6,0	5,7
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3	8,8	8,9
Polen	5,3	6,0	6,4	6,1	6,4	6,2	n.v.	n.v.
Rumänien	2,8	3,2	3,4	3,1	4,1	4,5	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7
Slowenien	5,6	7,8	7,8	7,7	7,8	7,7	8,0	8,2
Tschechien	5,0	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3
Türkei	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	7,1 <sup>a</sup>	7,5	7,2	7,0	6,9	6,8	6,7	6,8
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	4,6	5,1	5,4	5,4	5,7	6,2	n.v.	n.v.
MOEL10*	5,0	6,0	6,2	6,0	6,2	6,2	n.v.	n.v.

<sup>a</sup>1991, <sup>b</sup>1994

\*BIP-gewichteter Durchschnitt

Index EU15=100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	92	94	96	88	89	90	88	89
Belgien	96	101	102	99	99	100	99	n.v.
Dänemark	111	95	95	95	98	98	95	100
Deutschland	111	122	125	124	123	122	121	124
Finnland	101	87	87	85	80	80	77	81
Frankreich	112	110	109	109	108	107	106	110
Griechenland	96	111	110	109	109	111	107	109
Irland	79	79	76	74	72	71	73	75
Italien	104	85	86	89	90	90	94	97
Luxemburg	79	74	73	69	67	70	64	n.v.
Niederlande	104	97	95	95	100	100	98	103
Portugal	81	96	97	100	100	100	103	107
Schweden	107	94	96	95	97	97	96	101
Spanien	87	88	87	87	87	86	86	87
Ver. Königreich	78	81	80	79	80	83	83	88
EU15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	104	104	104	104	104	104	103	102
Schweiz	111	116	119	121	123	123	122	126
USA	155	154	151	151	151	150	150	161
Bulgarien	68	55	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	59	68	70	70	69	75	67	64
Lettland	33	49	52	52	48	60	55	56
Litauen	43	60	62	70	73	70	69	66
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	96	101	103
Polen	69	69	73	71	74	71	n.v.	n.v.
Rumänien	37	37	39	36	48	52	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	69	67	67	65	66
Slowenien	73	90	89	89	91	89	91	95
Tschechien	65	84	81	82	83	82	81	85
Türkei	47	39	45	49	56	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	92	87	82	81	80	78	77	79
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	59	59	62	63	67	71	n.v.	n.v.
MOEL10*	65	69	71	70	72	71	n.v.	n.v.

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP





## Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Tabelle A 4

### Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	73,5	70,9	69,7	70,0	69,7	69,6	69,6	68,5
Belgien	n.v.	69,6	71,8	70,5	70,6	71,1	71,2	n.v.
Dänemark	82,7	82,5	82,4	82,3	82,0	82,2	82,5	82,4
Deutschland	76,2	76,7	76,8	75,3	74,8	74,8	75,0	74,9
Finnland	80,9	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,6
Frankreich	76,6	76,3	76,1	76,2	76,0	76,0	75,8	76,0
Griechenland	53,7	52,0	53,0	52,8	52,1	53,4	56,1	56,0
Irland	71,9	71,6	71,4	74,6	76,5	72,8	73,3	76,0
Italien	79,3	72,2	71,8	72,2	71,8	72,0	73,4	75,3
Luxemburg	93,1	92,4	92,8	92,5	92,4	87,9	87,8	n.v.
Niederlande	67,1	71,0	66,2	67,8	64,4	63,3	63,4	63,3
Portugal	65,5	61,7	64,7	64,8	65,4	67,6	68,5	69,0
Schweden	89,9	86,7	86,9	85,8	85,8	85,7	85,0	85,2
Spanien	78,7	72,2	72,4	72,5	72,2	72,1	71,7	71,4
Ver. Königreich	83,6	83,9	82,9	80,1	80,2	80,5	80,9	82,2
EU15*	75,4	75,5	75,3	74,6	74,1	74,2	74,5	75,1
EU12*	73,6	73,8	73,6	73,3	72,7	72,7	73,1	73,4
Schweiz	52,4	53,8	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	n.v.
USA	39,6	45,4	45,6	45,3	44,5	44,2	44,2	44,4
Bulgarien	100,0	100,0 <sup>b</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	88,0	87,0	86,3	80,4	76,7	77,7
Lettland	100,0	95,0	88,0	85,0	79,3	79,6	73,7	71,2
Litauen	90,0	86,3	77,1	77,6	76,7	75,2	72,4	71,7
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	50,8	53,5	65,7
Polen	91,7	72,9	73,4	72,0	65,4	71,1	n.v.	n.v.
Rumänien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	91,7	91,6	89,6	89,4	89,3
Slowenien	100,0	89,7	89,1	88,3	88,0	87,5	86,6	86,7
Tschechien	97,4	92,7	92,5	91,7	91,9	91,5	91,4	91,4
Türkei	61,0	70,3	69,2	71,6	71,9	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	89,1 <sup>a</sup>	84,0	81,6	81,3	79,4	78,1	75,5	75,1
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	85,3	80,9	78,9	79,2	77,3	81,1	n.v.	n.v.
MOEL10*	93,9	84,0	82,4	82,2	79,3	81,4	n.v.	n.v.

<sup>a</sup>1991, <sup>b</sup>1994

\*Durchschnitt gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

### Index EU15=100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	97	94	93	94	94	94	93	91
Belgien	n.v.	92	95	95	95	96	96	n.v.
Dänemark	110	109	109	110	111	111	111	110
Deutschland	101	102	102	101	101	101	101	100
Finnland	107	100	101	102	103	101	101	101
Frankreich	102	101	101	102	103	102	102	101
Griechenland	71	69	70	71	70	72	75	75
Irland	95	95	95	100	103	98	98	101
Italien	105	96	95	97	97	97	98	100
Luxemburg	123	122	123	124	125	118	118	n.v.
Niederlande	89	94	88	91	87	85	85	84
Portugal	87	82	86	87	88	91	92	92
Schweden	119	115	115	115	116	115	114	113
Spanien	104	96	96	97	97	97	96	95
Ver. Königreich	111	111	110	107	108	108	109	109
EU15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	98	98	98	98	98	98	98	98
Schweiz	69	71	73	74	74	75	75	n.v.
USA	53	60	61	61	60	60	59	59
Bulgarien	133	132	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	117	117	116	108	103	103
Lettland	133	126	117	114	107	107	99	95
Litauen	119	114	102	104	103	101	97	95
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	69	72	87
Polen	122	97	97	97	88	96	n.v.	n.v.
Rumänien	133	132	133	134	135	135	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	123	124	121	120	119
Slowenien	133	119	118	118	119	118	116	115
Tschechien	129	123	123	123	124	123	123	122
Türkei	81	93	92	96	97	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	118	111	108	109	107	105	101	100
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	113	107	105	106	104	109	n.v.	n.v.
MOEL10*	125	111	109	110	107	110	n.v.	n.v.

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

