

I/Frühjahr 2002

# HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger



## **Gesundheitsausgaben in der EU: Sie sind (noch) nicht europäisiert**

### **Schwerpunktthema: Europäische Sozialversicherungsländer: Ein Eldorado für die private Krankenversicherung?**

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling

#### ***Gesundheitsausgaben***

EU-weit werden etwa 35% der gesamten Sozialausgaben für Gesundheit und Invalidität aufgewendet. Dieser Anteil ist nach dem Aufwand für Pensionen der zweitgrößte, der jedoch über die Zeit etwas kleiner geworden ist. Offenbar spiegeln sich hier bereits die in etlichen Mitgliedsländern unternommenen Bemühungen wider, das Ausgabenwachstum im Gesundheitsbereich einzudämmen. Die Verringerung der BIP-Quote der Gesundheitsausgaben in einigen EU-Ländern ist wahrscheinlich das Ergebnis von realen Einsparungen, aber auch von rechnungstechnischen Eingriffen bei der Berechnung. Dies kann auch in Österreich beobachtet werden. Gemäß offiziellen Statistiken verbraucht der Gesundheitssektor etwa 8% des Bruttoinlandsproduktes.

#### ***Private Krankenversicherung***

Der Markt für die privaten Krankenversicherungen in der EU konzentriert sich in den Sozialversicherungsländern. Dies erklärt sich zum Teil durch die institutionellen Rahmenbedingungen des „opting-out“ aus der gesetzlichen Krankenversicherung, wie dies in den Niederlanden vorgeschrieben und in Deutschland und in einem sehr geringen Umfang auch in Österreich möglich ist. EU-weit betragen 1999 die Prämieinnahmen etwa 40 Mrd. Euro. Dies entspricht einer globalen BIP-Quote von 0,5%, im Vergleich zum österreichischen Wert von 0,6%. Damit lag Österreich EU-weit an vierter Position. Die Leistungen in Prozent der Prämieinnahmen in der privaten Krankenversicherung betragen im Jahr 2000 77,1% und stiegen zwischen 1997 und 2000 um mehr als 3%-Punkte, jene in der sozialen Krankenversicherung stiegen aber noch deutlicher und erreichten das Niveau von 97% der Beitragseinnahmen.

## **Gesundheitsausgaben in der EU: Sie sind (noch) nicht europäisiert**

### ***Gesundheit ist (noch) kein eigenständiges EU-Thema...***

Die Europäische Union widmet ihre Aufmerksamkeit seit Beginn der 90er Jahre auch den Systemen des sozialen Schutzes. So entstanden 1992 Empfehlungen des Rates zur Konvergenz der Ziele und Politiken des Sozialschutzes, die jedoch die Verantwortung für Organisation und Finanzierung der Sozialschutzsysteme in Händen der Mitgliedsstaaten beließen.

Die 1995 in Gang gesetzte Diskussion zur Zukunft des sozialen Schutzes führte zur Verständigung der Mitgliedsländer und der EU-Institutionen darüber, dass die Sozialschutzsysteme einer Modernisierung bedürfen; verstärkt wurde diese Notwendigkeit durch die Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes mit einer einheitlichen Währung und nicht zuletzt durch die in Vorbereitung befindliche EU-Osterweiterung. Zielsetzung war eine Modernisierung der Sozialschutzsysteme, die auf eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen abzielte, aber nicht darauf, das erreichte Niveau sozialen Schutzes zu senken. Die Osterweiterung wird gerade an die Sozialschutzsysteme hohe Anforderungen stellen; dies wird besonders dadurch deutlich, dass der Beitritt von zehn Ländern die Bevölkerung um 28%, das gemeinsame BIP aber nur um 4% anwachsen lassen wird<sup>1</sup>.

Die Europäische Kommission identifizierte vier breite Zielgruppen für die Modernisierung der Sozialschutzsysteme: ausreichende und sichere Arbeitseinkommen, ein sicheres und nachhaltiges Pensionssystem, die Verhinderung sozialer Ausgrenzung und eine qualitativ hochwertige, nachhaltige Gesundheitsversorgung. Auch im Übereinkommen von 1999 ist noch immer nur die gemeinsame Zielsetzung festgeschrieben, während die konkrete Ausgestaltung im Verantwortungsbereich der Nationalstaaten bleibt. Damit führt auch dieses Übereinkommen noch nicht zu einer gemeinsamen Sozial- oder Gesundheitspolitik.

Auf Ebene der EU werden durchaus bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen Prioritäten gesetzt. Diese Prioritäten zielen aber nicht auf die Ausgestaltung von Gesundheitssystemen im engeren Sinn oder gar auf eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten ab; vielmehr konzentrieren sich die Initiativen auf Randbereiche mit Gesundheitsbezug. So stand beispielsweise im Jahr 2001 die Umsetzung des Weißbuchs zur Lebensmittelsicherheit im Vordergrund<sup>2</sup>, insbesondere seiner vier Hauptpunkte – Einrichtung der Europäischen Lebensmittelbehörde, Einführung gemeinsamer Normen zum Ernährungswesen, Transparenz und Aufklärung der Öffentlichkeit sowie Förderung internationaler Vorschriften zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus. Das von der Kommission vorgelegte Grünbuch zum Verbraucherschutz und die Verabschiedung einer Verordnung zur Bekämpfung der transmissiblen spongiformen Enzephalopathien, einer Richtlinie über Tabakerzeugnisse und einer Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit durch das Europäische Parlament und den Rat bildeten ebenfalls Schwerpunkte in den Bereichen Verbraucherschutz und öffentliche Gesundheit.

---

<sup>1</sup> European Commission: A concerted strategy for modernising social protection, COM(99) 347 (final), Brussels 1999

<sup>2</sup> <http://europa.eu.int/abc/doc/off/rg/de/2001/pt0730.htm#fn1>

### **... aber die EU-Wirtschaftspolitik berührt auch die Gesundheitssysteme**

Auch wenn sich nur wenige Regelungen der EU explizit auf das Gesundheitswesen beziehen, beeinflussen doch einige Normen des europäischen Rechts das nationale Sozialrecht. Einige Beispiele hierzu seien im Folgenden angeführt<sup>3</sup>:

- Bereits früh thematisiert wurde die Notwendigkeit, die nationalen Sicherheitssysteme so zu koordinieren, dass eine benachteiligungsfreie Migration garantiert ist, beispielsweise in Zusammenhang mit dem Erwerb von Ansprüchen auf eine Alterspension, und jüngst auch im Kontext mit Pflegeleistungen.
- Da Krankenversichern und Lebensversichern wirtschaftliche Tätigkeiten sind, sind nach EU-Recht auch soziale Pensions- und Krankenversicherungen als wirtschaftliche Unternehmen anzusehen, auf die die wirtschaftlichen Vorschriften des EG-Vertrages anzuwenden sind, beispielsweise wettbewerbsrechtliche Regelungen. Es liegt jedoch eine EuGH-Entscheidung vor, nach der Pflichtversicherungssysteme und die damit bindend vorgenommene Zuordnung der Versicherungspflichtigen zu den staatlichen Sozialversicherungsträgern nicht in Widerspruch zum EU-Wettbewerbsrecht stehen. Soweit ein solidarisches, auf dem Grundsatz des sozialen Ausgleichs beruhendes System aufgebaut wird, liegt die Kompetenz für die Sozialpolitik bei den Mitgliedsstaaten, und damit auch die Kompetenz für die Gesundheitspolitik.
- Das Prinzip des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs gilt auch im Bereich der sozialen Sicherheit. Diese Thematik wurde in Zusammenhang mit zwei luxemburgischen Bürgern erörtert, die von ihren luxemburgischen Krankenversicherungsträgern die Erstattung von im Ausland angefallenen Krankheitskosten auch ohne vorherige Genehmigung begehrten und vom EuGH Recht bekamen<sup>4</sup>. Diese Prinzipien bildeten auch die Grundlage für die inzwischen wieder eingeschlafene Diskussion zu Parallelimporten von Medikamenten.

Die Europäische Union kann im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz ihre Entstehungsgeschichte, nämlich die Herkunft aus einer Wirtschaftsgemeinschaft, nicht verhehlen. In den meisten grundlegenden Fragen ist die Gesundheitspolitik jedoch nach wie vor eine nationalstaatlich zu regelnde Thematik.

Was derzeit auf EU-Ebene unter Gesundheitspolitik verstanden wird, spiegelt sich im Mission Statement des Direktorats für Gesundheit und Verbraucherschutz wider: *The mission of DG Health and Consumer Protection is to ensure a high level of protection of consumer's health, safety, and economic interests as well as of public health at the level of the European Union.* Dieses Ziel wird durch drei Teilziele weiter erläutert: *Consumer health and safety protection, Protection of economic interests, und Public Health.* Die Konkretisierung der Teilziele erweckt den Eindruck, dass die

---

<sup>3</sup> Marhold, Franz: Auswirkungen des Europäischen Wirtschaftsrechts auf die Sozialversicherung, in E. Theurl (Hrsg.): Der Sozialstaat an der Jahrtausendwende. Analysen und Perspektiven. Physica-Verlag, Heidelberg, 2001, S. 235-246. Spiegel, Bernhard: Einige Überlegungen zu den neuesten Entwicklungen in der Judikatur des EuGH betreffend die grenzüberschreitenden Aspekte der sozialen Sicherheit, *Soziale Sicherheit* 4/2001, S. 365-386. Riedel, Monika, Konsequenzen der EU-Integration für das Gesundheitswesen. *Wirtschaft und Gesellschaft* 4/1998, S. 503-522.

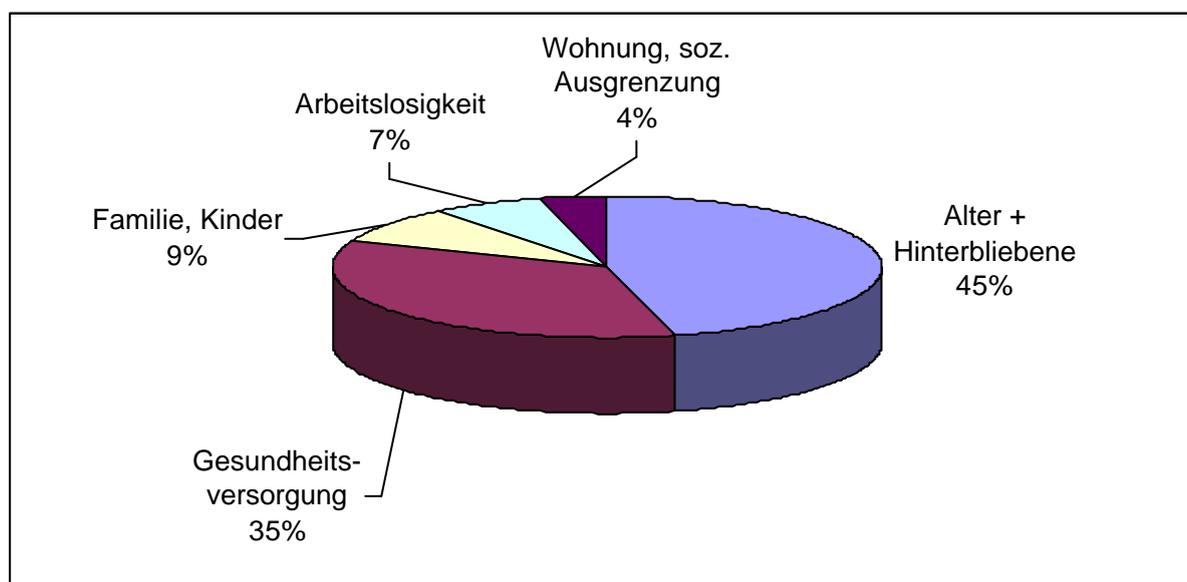
<sup>4</sup> Kohll & Decker: EuGH 28.4.1998, Rs C-120/95 und C-158/96.

Bezeichnung *consumer* offenbar bewusst gegenüber alternativen Bezeichnungen wie etwa Einwohner oder EU-Bürger vorgezogen wird. Das Teilziel *Consumer health and safety protection* bezieht sich eben hauptsächlich auf die Rolle des Konsumenten, Aspekte der Produkt- und insbesondere der Lebensmittelsicherheit stehen im Vordergrund. Bezeichnend ist auch, dass das Teilziel des Schutzes ökonomischer Interessen noch vor dem Teilziel der öffentlichen Gesundheit genannt wird. Im Mai 2000 stellte die Europäische Kommission eine neue Gesundheitsstrategie vor. Die Maßnahmen der EU sollen anhand von drei Aktionsbereichen neu ausgerichtet werden: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Informationen für Bürger, Fachleute und Entscheidungsträger, Stärkung der Fähigkeit, schnell mit koordinierten Maßnahmen auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit reagieren zu können, und gezielte Aktionen zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsvorbeugung.

### Die Gesundheitsausgaben als Teil der Sozialausgaben...

1999 flossen 35% der Sozialschutzausgaben in Europa in den Bereich Gesundheitsversorgung und Invalidität; in einzelnen Ländern (Irland, Portugal, Finnland) übersteigen diese Ausgaben jene des Bereiches Alter und Hinterbliebene. 45% der Sozialschutzausgaben in den EU-15 Staaten wurden für den Funktionsbereich Alter und Hinterbliebene ausgegeben (siehe Abbildung 1), die Streuung zwischen den Ländern reicht von 60% in Italien (das einen überdurchschnittlichen Anteil der älteren Bevölkerung aufweist) bis zu 30% in Irland (das bekanntlich eine hohe Geburtenrate und den EU-weit höchsten Anteil junger Menschen aufweist).

Abbildung 1: Sozialleistungen in den EU-15 Staaten nach Funktionsgruppen in % der Gesamtleistungen, 1999



Quelle: Statistik kurzgefasst / Eurostat-ESSOSS; IHS HealthEcon 2002.

Die verbleibenden Ausgaben kommen Kindern und Familien (9%) und Arbeitslosen (4%) zugute, weniger als 4% werden den Bereichen Wohnung und soziale Ausgrenzung gewidmet.

Österreich weicht nur in einigen Teilbereichen vom Muster der EU-Länder ab. Die großen Komponenten Alters- und Gesundheitsversorgung plus Invalidität bewegen sich in Österreich in etwa auf EU-Niveau (Alter: EU 46,0%, A 47,4%, Gesundheit: EU 34,9%, A 35,4%). Innerhalb der EU liegt Österreichs Sozialquote 1999<sup>5</sup> hinter jener in Schweden, Frankreich, Deutschland und Dänemark an fünfter Stelle (EU 27,6%, A 28,6%)<sup>6</sup>.

Bei den kleineren Komponenten fallen dagegen deutlichere Abweichungen auf: Der Ausgabenanteil für Familie und Kinder ist in Österreich traditionell vergleichsweise hoch, und dürfte sich durch die Einführung des Familienschecks inzwischen noch deutlicher vom EU-Niveau abheben als 1999 (EU 8,5%, A 10,3%). Für Arbeitslosigkeit braucht in Österreich, dank nach wie vor relativ hoher Beschäftigung, nur ein unterdurchschnittlicher Anteil der Sozialschutzausgaben aufgewandt werden (EU 6,8%, A 5,4%), obwohl darauf hingewiesen werden muss, dass die Höhe der Leistungen bei Arbeitslosigkeit nicht immer das Niveau der Arbeitslosigkeit im entsprechenden Land widerspiegeln muss. In Österreich macht der Ausgabenanteil für Wohnen und Maßnahmen in Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung weniger als die Hälfte des EU-Vergleichswertes aus (EU 3,8%, A 1,6%).

### **...wachsen leicht, aber ihr Anteil wird kleiner**

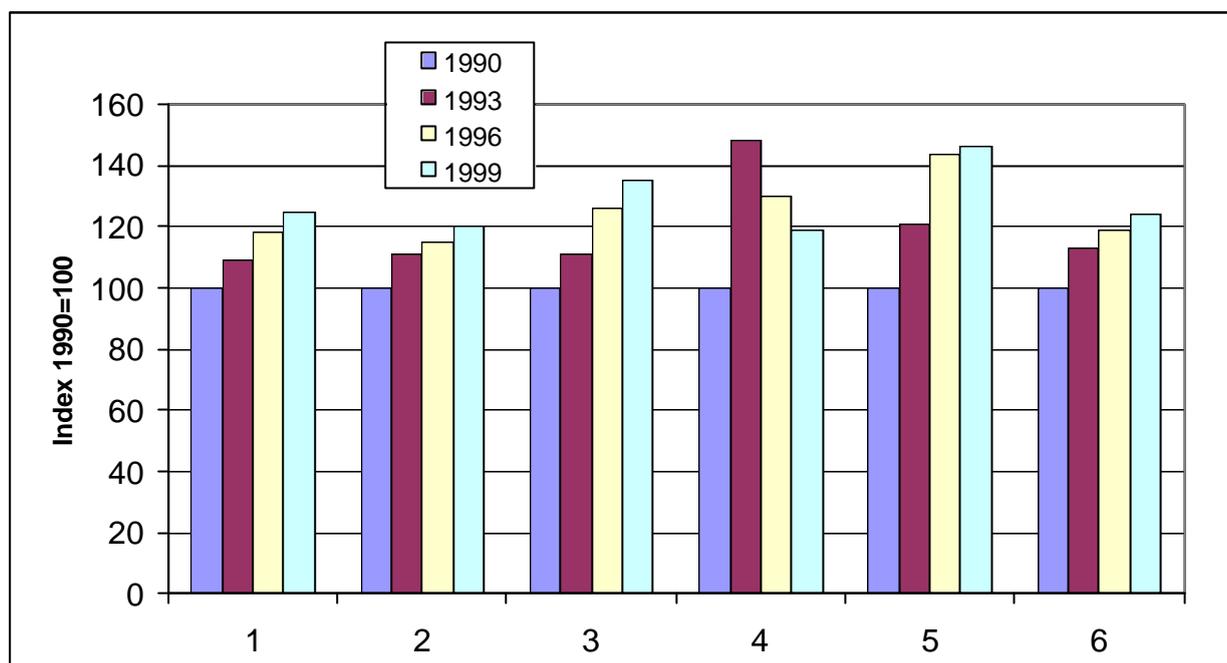
Dem unterdurchschnittlichen Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben entsprechend, ist der Anteil der auf die Funktion Gesundheitsversorgung und Invalidität entfallenden Ausgaben seit 1990 um 1,2%-Punkte zurückgegangen. Offenbar spiegeln sich hier bereits die in etlichen Mitgliedsländern unternommenen Bemühungen wider, das Ausgabenwachstum im Gesundheitsbereich einzudämmen.

---

<sup>5</sup> Die Ausgaben für soziale Sicherheit in Österreich wuchsen zu Beginn der 90er Jahre beträchtlich, erreichten 1995 mit 29,3% des BIP einen Höchstwert und blieben seither unter dieser Marke. Vgl. Christine Mayrhuber, Josef Bauernberger: Sozialquote 1999 leicht gestiegen. Ausweitung der Ausgaben für Invalidität, Krankheit und Familie. WIFO Monatsberichte 12/2001, S. 727-736.

<sup>6</sup> Gérard Abramovici: Der Sozialschutz in Europa. Statistik kurzgefasst, Thema 3 - 1/2002, Eurostat.

Abbildung 2: Soziale Leistungen pro Kopf, konstante Preise, EU-15



- |   |   |   |                           |
|---|---|---|---------------------------|
| 1 | Alter + Hinterbliebene<br>Gesundheitsversorgung | 4 | Arbeitslosigkeit          |
| 2 | plus Invalidität                                | 5 | Wohnung, soz. Ausgrenzung |
| 3 | Familie, Kinder                                 | 6 | Leistungen gesamt         |

Quelle: Statistik kurzgefasst / Eurostat-ESSOSS, IHS HealthEcon 2002.

In allen Bereichen stiegen seit 1990 die Ausgaben pro Kopf (siehe Abbildung 2). Bedingt durch den unmittelbaren Einfluss konjunktureller Schwankungen ist die Arbeitslosigkeit der einzige Bereich, wo keine kontinuierliche Erhöhung der Ausgaben erfolgt ist, sondern nach einem markanten Anstieg der Arbeitslosigkeit Anfang der 90er Jahre der Ausgabenanteil für Arbeitslose sukzessive wieder gesenkt werden konnte. Die konjunkturelle Belebung hat dazu ebenso beigetragen wie Reformen des Systems der Arbeitslosenunterstützung in einigen Ländern.

Die kleinen Positionen Wohnung und soziale Ausgrenzung sowie Familie und Kinder erfuhren die stärkste Steigerung der realen Pro-Kopf-Ausgaben (+46% bzw. +35%), die Pro-Kopf-Ausgaben in den Bereichen Arbeitslosigkeit bzw. Gesundheitsversorgung einschließlich Invalidität wuchsen am wenigsten (+19% bzw. +20%).

### ***Gesundheitsausgaben in Europa***

Die Verringerung der BIP-Quote der Gesundheitsausgaben in einigen EU-Ländern ist wahrscheinlich das Ergebnis von realen Einsparungen, aber auch von rechnungstechnischen Eingriffen bei der Berechnung. Werden die Anteile zu Beginn der 90iger mit jenen am Ende der Dekade verglichen, so fällt insbesondere auf, dass die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP in einigen Ländern, entgegengesetzt zum allgemeinen EU-Trend, gesunken sind; speziell in den skandinavischen Ländern Finnland und Schweden. Aber auch in Italien und Dänemark reduzierte sich der Anteil auf Werte unter dem EU-Durchschnitt (siehe Tabelle A4). Nach den jüngst, von Statistik Austria publizierten Ausgaben trifft dies auch auf Österreich zu (siehe Tabelle 1).

Die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts liegen in den Sozialversicherungsländern Deutschland, Frankreich, Niederlande und Belgien im Vergleichsjahr 1998 über dem BIP-gewichteten Durchschnitt von 8,5%, in Deutschland und Frankreich besonders deutlich. Österreich rangiert EU-weit an der siebenten Stelle oder 0,5 %-Punkte unter dem EU-Durchschnitt. Am unteren Ende der Rangliste finden sich Luxemburg mit einer Gesundheitsquote von 6,0%, sowie das Vereinigte Königreich, Irland, Finnland und Spanien.

### ***Gesundheitsausgaben in Österreich***

Seit der letzten Berechnung durch Statistik Austria liegen die österreichischen Gesundheitsausgaben 1995-2000 auch auf Euro-Basis und in funktionseller Gliederung vor<sup>7</sup>. Die gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2000 auf 16,5 Mrd Euro, was 8,0% des BIP entspricht. 11,5 Mrd Euro, oder 5,6% des BIP betragen dabei die öffentlichen Gesundheitsausgaben (siehe Tabelle 1).

---

<sup>7</sup> Hermine Dannerbauer: Gesundheitsausgaben 1995 - 2000. Statistische Nachrichten 12/2001, S. 977-982.

Tabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich, gemäß Statistik Austria

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Gesundheitsausgaben, insgesamt in Mio. EURO nominell</b>	<b>14.731</b>	<b>15.475</b>	<b>14.513</b>	<b>15.263</b>	<b>15.845</b>	<b>16.487</b>
▪ davon Staat: Soz. Krankenversicherung, Bund, Länder	9.768	10.022	9.721	10.284	10.498	10.916
▪ davon Private Haushalte, Gesundheit	3.612	3.860	3.815	3.942	4.202	4.382
▪ davon Private Organisationen ohne Erwerbszweck	510	524	10	11	12	12
<b>Investitionen</b>	<b>840</b>	<b>1.069</b>	<b>967</b>	<b>1.027</b>	<b>1.134</b>	<b>1.177</b>
<b>Öffentliche Gesundheitsausgaben</b>	<b>10.579</b>	<b>10.922</b>	<b>10.296</b>	<b>10.903</b>	<b>11.099</b>	<b>11.493</b>
<b>Staatsausgaben, konsolidiert</b>	<b>98.621</b>	<b>100.803</b>	<b>98.462</b>	<b>103.082</b>	<b>105.812</b>	<b>106.922</b>
<b>Bruttoinlandsprodukt (BIP)</b>	<b>172.287</b>	<b>178.045</b>	<b>182.486</b>	<b>189.937</b>	<b>196.658</b>	<b>204.843</b>
<b>Pro Kopf zu Preisen 1995 in EURO</b>						
<b>Gesundheitsausgaben, insgesamt<sup>1)</sup></b>	<b>1.831</b>	<b>1.890</b>	<b>1.805</b>	<b>1.886</b>	<b>1.930</b>	<b>2.002</b>
% Veränderung		3,2	-4,5	4,5	2,3	3,7
<b>Konsumausgaben, Staat</b>	<b>1.214</b>	<b>1.225</b>	<b>1.224</b>	<b>1.289</b>	<b>1.299</b>	<b>1.352</b>
% Veränderung		0,9	-0,1	5,3	0,8	4,1
<b>Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit<sup>2)</sup></b>	<b>449</b>	<b>472</b>	<b>480</b>	<b>494</b>	<b>520</b>	<b>543</b>
% Veränderung		5,1	1,8	2,8	5,2	4,4
<b>Öffentliche Gesundheitsausgaben<sup>3)</sup></b>	<b>1.315</b>	<b>1.330</b>	<b>1.236</b>	<b>1.297</b>	<b>1.310</b>	<b>1.343</b>
% Veränderung		1,2	-7,1	4,9	1,0	2,5
<b>Staatsausgaben<sup>4)</sup></b>	<b>12.256</b>	<b>12.348</b>	<b>11.889</b>	<b>12.353</b>	<b>12.537</b>	<b>12.549</b>
% Veränderung		0,8	-3,7	3,9	1,5	0,1
<b>Bruttoinlandsprodukt (BIP)<sup>4)</sup></b>	<b>21.410</b>	<b>21.809</b>	<b>22.034</b>	<b>22.762</b>	<b>23.301</b>	<b>24.042</b>
% Veränderung		1,9	1,0	3,3	2,4	3,2
<b>In Prozent des BIP</b>						
Gesundheitsausgaben, insgesamt	8,6	8,7	8,0	8,0	8,1	8,0
Konsumausgaben, Staat	5,7	5,6	5,3	5,4	5,3	5,3
Konsumausgaben, private Haushalte-Gesundheit	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1
Öffentliche Gesundheitsausgaben	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6
Staatsausgaben	57,2	56,6	54,0	54,3	53,8	52,2
<b>Öffentliche Gesundheitsausgaben</b>						
In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	71,8	70,6	70,9	71,4	70,0	69,7
In Prozent der Staatsausgaben	10,7	10,8	10,5	10,6	10,5	10,7
<sup>1)</sup> Preisindex gesamte Gesundheitsausgaben						
<sup>2)</sup> Preisindex für den privaten Konsum, Gesundheit						
<sup>3)</sup> Preisindex für den öffentlichen Konsum, Gesundheit						
<sup>4)</sup> Gesamtwirtschaftlicher Preisindex (BIP Deflator)						

Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

### Der öffentliche Sektor wird kleiner und wächst langsamer als die Wirtschaftsleistung ...

Bezogen auf die gesamten Gesundheitsausgaben, fielen die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2000 erstmals unter die 70%-Marke und erreichten einen Wert von 69,7% (siehe Tabelle 1). Während das BIP pro Kopf (zu Preisen 1995) 1999 um 2,4% und 2000 um 3,2% wuchs, stiegen die öffentlichen Pro-Kopf- Ausgaben für Gesundheit lediglich um 1% bzw. 2,5% und damit merklich geringer als die Wirtschaftsleistung. Werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben nach dem Ausgabenkonzept (COFOG) berechnet, betragen sie im Jahr 2000 € 16,5 Mrd. und sind demnach um € 6,4 Mrd. höher als die öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem OECD/VGR Verbrauchskonzept. Anteilig an den gesamten Staatsausgaben entfallen etwa 15% auf den Gesundheitssektor, der nach Soziale Sicherheit und gleichauf mit dem Aufgabenbereich Allgemeine öffentliche Verwaltung der zweitgrößte Ausgabenbrocken ist.

**...die ihrerseits aber gemächlicher ansteigt als die Ausgaben der privaten Haushalte**

Die realen Pro-Kopf-Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit wachsen kontinuierlich und deutlich schneller als das BIP und dies über den gesamten Zeitraum von 1995 bis 2000 (siehe Tabelle 1). Offenbar sind die Preise im öffentlichen Sektor langsamer gewachsen als im privaten Sektor. Nachdem seit 1997 die Gesundheitsausgabenquote konstant bei etwa 8% des BIP liegt, weist diese Wachstumsdynamik darauf hin, dass es – wie sich dies bereits in den letzten Jahren deutlich abgezeichnet hat<sup>8</sup> – eine Verschiebung der Finanzierungslasten gibt.

---

<sup>8</sup> Hofmarcher, M.M., Riedel, M.: Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat, Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – Eines oder neun Systeme, Health System Watch I/Frühjahr 2001, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 4/2001. Hrsg. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien 2001.

## Schwerpunktthema:

# Europäische Sozialversicherungsländer: Ein Eldorado für die private Krankenversicherung?

Private bzw. freiwillige Krankenversicherung<sup>9</sup> kann definiert werden als Versicherung, die von Individuen oder Unternehmen freiwillig abgeschlossen wird, und umfasst im EU-Raum im wesentlichen drei Kategorien<sup>10</sup>:

Freiwillige Krankenversicherung als *Substitut* für Pflichtversicherung (z. B. in Belgien, Deutschland sowie den Niederlanden und in geringem Umfang auch in Österreich)

Freiwillige Krankenversicherung als *Ergänzung* zur Pflichtversicherung, die den Zugang zu Leistungen ermöglicht, die in der Pflichtversicherung nicht abgedeckt sind (z. B. in Belgien, Frankreich sowie Luxemburg)

Freiwillige Krankenversicherung als *Zusatz* zur Pflichtversicherung, um die Wahlmöglichkeiten zu erhöhen und/oder Wartezeiten zu verkürzen (z. B. Österreich, Portugal sowie Vereinigtes Königreich)

Freiwillige Krankenversicherung spielt in Europa im Vergleich zu den Vereinigten Staaten, Australien und der Schweiz eine untergeordnete Rolle. In allen europäischen Ländern wird die Gesundheitsversorgung grundsätzlich als öffentliche Aufgabe angesehen. Die Entwicklung der Gesundheitssysteme ist daher von universeller Risikoabdeckung, von der Bezahlung obligatorischer Beiträge oder Steuern, von einem umfassenden Leistungsangebot und demnach einem hohen Niveau öffentlicher Gesundheitsausgaben gekennzeichnet. Diese Merkmale sind allesamt wichtige Determinanten für die Größe und den Umfang des Marktes für freiwillige Krankenversicherung.

## Öffentliche Gesundheitsausgaben in Europa

In allen europäischen Gesundheitssystemen ist das Niveau öffentlicher Ausgaben hoch. Mit Ausnahme von Österreich (70%), Griechenland (53%), Portugal (67%) und Italien (72%) werden etwa drei Viertel des Gesundheitsbudgets aus öffentlichen Mitteln finanziert; in Belgien, Luxemburg, Schweden, dem Vereinigten Königreich und Dänemark beträgt es mehr als 80% der gesamten Gesundheitsausgaben (Tabelle A5).

---

<sup>9</sup> Im folgenden werden wir den Begriff freiwillige Krankenversicherung verwenden, zumal dieser umfassender ist und non-profit-Versicherungsunternehmen miteinschließt. Freiwillige Krankenversicherung innerhalb der sozialen Krankenversicherung in Österreich ist in diesem Begriff nicht eingeschlossen.

<sup>10</sup> Mossialos, E., Thomson, S.: Voluntary health insurance in the European Union, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, European Observatory on Health Care Systems and LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science. 27 February 2002

### Freiwillige Krankenversicherung ist nicht die Sache jedes EU-Landes...

Ende der 90er Jahre wurden in Europa bis zu 20% der gesamten Gesundheitsausgaben und bis zu 70% der privaten Gesundheitsausgaben für freiwillige Krankenversicherung ausgegeben. Allerdings sind die Schwankungen zwischen den Ländern erheblich. Mit Ausnahme von Belgien und Luxemburg ist der Gesundheitsausgabenanteil für freiwillige Krankenversicherung in allen Sozialversicherungsländern teilweise deutlich höher als in steuerfinanzierten Ländern. Die Quote schwankt zwischen knapp 20% in den Niederlanden und 7% in Deutschland und Österreich. Frankreich erreichte 1998 eine Quote von etwa 12%. Dementsprechend variiert der Anteil der Ausgaben für freiwillige Krankenversicherung in Prozent der privaten Gesundheitsausgaben (siehe Tabelle 2). Diese Unterschiede erklären sich teilweise in unterschiedlichen Zugangsbedingungen zur öffentlichen Pflichtversicherung.

Tabelle 2: Ausgaben für die freiwillige Krankenversicherung in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (GA) bzw. in Prozent der privaten Ausgaben der EU, 1980-1998

		1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
<b>Österreich</b>	In % gesamten GA	7,6	9,8	9,0	7,8	7,2	7,5	7,1
	In % privaten GA	28,9	30,7	26,5	27,7	24,4	25,8	24,1
<b>Belgien</b>	In % gesamten GA	0,8	1,2	1,6	1,9	2,0	-	-
	In % privaten GA	4,8	6,6	14,4	16,8	17,9	-	-
<b>Dänemark</b>	In % gesamten GA	0,8	0,8	1,3	1,2	1,4	1,4	1,5
	In % privaten GA	6,6	5,6	7,5	6,9	8,0	8,0	8,3
<b>Deutschland</b>	In % gesamten GA	5,9	6,5	7,2	6,7	6,5	6,9	-
	In % privaten GA	27,6	28,8	30,4	30,5	30,0	29,9	-
<b>Finnland</b>	In % gesamten GA	1,4	1,8	2,2	2,4	2,4	2,5	2,7
	In % privaten GA	6,7	8,5	11,5	9,8	9,9	10,4	11,2
<b>Frankreich</b>	In % gesamten GA	-	5,8	11,2	11,7	12,1	12,1	12,2
	In % privaten GA	-	34,9	48,5	49,4	51,1	51,1	51,7
<b>Griechenland</b>	In % gesamten GA	-	-	0,9	-	-	-	-
	In % privaten GA	-	-	2,4	-	-	-	-
<b>Irland</b>	In % gesamten GA	-	9,9	13,9	15,0	-	-	9,4
	In % privaten GA	-	40,7	49,1	54,9	-	-	38,8
<b>Italien</b>	In % gesamten GA	0,2	0,5	0,9	1,3	-	1,3	-
	In % privaten GA	1,0	2,2	4,1	4,0	-	4,1	-
<b>Luxemburg</b>	In % gesamten GA	1,6	1,4	1,4	1,3	-	1,6	-
	In % privaten GA	18,2	13,2	20,3	17,3	-	17,8	-
<b>Niederlande</b>	In % gesamten GA	-	11,2	12,1	-	23,3	22,1	17,7
	In % privaten GA	-	41,2	38,7	-	72,1	72,9	70,0
<b>Portugal</b>	In % gesamten GA	-	0,2	0,8	1,4	1,7	-	-
	In % privaten GA	-	0,4	1,7	3,0	4,7	-	-
<b>Spanien</b>	In % gesamten GA	3,2	3,7	3,7	5,2	-	1,5	-
	In % privaten GA	15,9	19,6	17,4	24,0	-	-	-
<b>Vereinigtes Königreich</b>	In % gesamten GA	1,3	2,5	3,3	3,2	5,1	5,4	3,5
	In % privaten GA	13,1	17,9	23,6	22,5	31,5	32,9	24,5

Anmerkung: Daten für Schweden nicht verfügbar

Quelle: OECD Health Data 2001, Mossialos E und Thomson S. 2002, IHS HealthEcon 2002.

Beispielsweise müssen in den Niederlanden Personen, deren jährliches Einkommen 22.500 Euro übersteigt, Krankenversicherungsschutz auf dem Markt der freiwilligen Krankenversicherung kaufen. In Deutschland haben Personen ab einer bestimmten Einkommenshöhe (€ 40.000 pro Jahr) die Möglichkeit, private Krankenversicherungen in Anspruch zu nehmen. Diese Einkommensgrenze wird von etwa 20% der Bevölkerung erreicht. Von diesem Bevölkerungsanteil hat bislang lediglich etwa

ein Viertel eine freiwillige Krankenversicherung gewählt<sup>11</sup>. Das Umsteigen auf die freiwillige Krankenversicherung wird offenbar nicht in großem Umfang vorgenommen: etwa 16% aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Personen, deren Einkommen die Grenze überschreitet, die aber entschieden haben, in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben. Insgesamt ist etwa 9% der deutschen Bevölkerung in der freiwilligen Krankenversicherung geschützt. Um die Selbstbehalte abzudecken (etwa 25 bis 30% der Kosten für ärztliche Behandlung bzw. Medikamente), ist die überwiegende Mehrheit (über 80%) der französischen Bevölkerung freiwillig krankenversichert.

### ...der Markt konzentriert sich in den Sozialversicherungsländern

Die nominellen Prämieinnahmen in der freiwilligen Krankenversicherung im europäischen Raum umfassten 1999 etwa 40 Mrd. Euro (Tabelle 3). 50% wurden in Deutschland eingefahren, 13% in Frankreich und 12% in den Niederlanden. In Österreich betrug der Anteil am EU-Prämienvolumen 2,8%. Der BIP-Anteil der Prämieinnahmen war in den Niederlanden mit 1,3% der höchste in der EU, gefolgt von der Quote in Deutschland (1,0%); EU-weit betrug sie 0,5%.

Tabelle 3: Prämieinnahmen der freiwilligen Krankenversicherung in der Europäischen Union geordnet nach dem BIP-Anteil, 1999

	In Mio. Euro nominell	Anteil des gesamten Marktes der freiwilligen Krankenversicherung	Anteil des BIP am gesamten EU-BIP	Prämienwachstum 99/98 inflations-bereinigt in Prozent	Prämieinnahmen in % des BIP
Niederlande	4.884	12,2	4,8	5,8	1,3
Deutschland	20.094	50,1	23,1	2,3	1,0
Irland**	660	1,6	1,1	n.v.	0,8
<b>Österreich</b>	<b>1.136</b>	<b>2,8</b>	<b>2,4</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>
Frankreich	5.290	13,2	15,7	4,3	0,4
Spanien	2.360	5,9	8,5	9,1	0,4
Dänemark	282	0,7	1,7	7,9	0,2
Finnland*	222	0,6	1,4	n.v.	0,2
Luxemburg***	30	0,1	0,2	n.v.	0,2
Portugal	172	0,4	2,0	19,5	0,2
Vereinigtes Königreich	3.490	8,7	16,0	5,8	0,2
Belgien	317	0,8	3,0	10,5	0,1
Italien	1.163	2,9	15,8	1,6	0,1
Schweden	27	0,1	2,4	n.v.	0,0
EU	40.126	100,0	100,0	4,2	0,5

Anmerkung: Daten für Griechenland nicht verfügbar  
 \*Unfall- und Krankenversicherung  
 \*\*Schätzwert für 2002  
 \*\*\*Werte für 2000

Quelle: OECD, Mossialos E und Thomson S. 2002, IHS HealthEcon 2002.

<sup>11</sup> Busse, R. (2000): Health care systems in transition: Germany, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen

### ...und ist auch in Österreich gar nicht so klein...

Die österreichische BIP-Quote der Prämieinnahmen betrug 1999 0,6 Prozent und lag etwas über dem EU-Wert, aber auch über der Quote in Frankreich (0,4%). Damit rangiert Österreich nach den Niederlanden, Deutschland und Irland an vierter Position in Europa. 2,8 Prozent der Prämieinnahmen im EU-Raum werden in Österreich erwirtschaftet, das damit knapp hinter Italien die siebte Position in Europa einnimmt. Das Prämienvolumen in der freiwilligen Krankenversicherung betrug im Jahr 2000 1.136 Mio. Euro. Etwa 71% wurden über den Abschluss von Einzelversicherungen erwirtschaftet. Der Marktanteil von Gruppenversicherungen hatte in den letzten Jahren zugenommen und wuchs von 26,8% 1996 auf 29,2% im Jahr 2000.

Einem internationalen Trend folgend, konsolidierte sich im Zuge der Binnenmarktintegration (Council Directive 92/49/EEC – Third non-life insurance Directive) auch der österreichische Privatversicherungsmarkt in den letzten Jahren. Die drei größten Privatversicherungen vereinten im Jahr 2000 einen Marktanteil von 84%, wovon das größte Unternehmen fast 50% innehatte. Freiwillige Krankenversicherungsverträge werden in Österreich zumeist in Kombination mit Lebensversicherungen verkauft. Der Geschäftsbereich Krankenversicherung innerhalb des Marktes der Privatversicherung in Österreich erwirtschaftet etwa 10% der gesamten Prämieinnahmen. Bezogen auf das Prämienvolumen in der Personenversicherung sind es ungefähr 16%.

### ...aber stagniert bestenfalls

1999 verfügte etwas weniger als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung über eine freiwillige Zusatzkrankenversicherung. Gegenüber 1992 entsprach dies einem Rückgang von 5%-Punkten. Etwa die Hälfte des gesamten Bevölkerungsanteils hatte eine Krankenhauskosten-Versicherung („Sonderklasse“). Außer in den Niederlanden, wo ein Rückgang von 1,6%-Punkten zu verzeichnen war, gab es in allen anderen EU-Ländern, für die Daten verfügbar waren, einen Zuwachs an VersicherungsnehmerInnen in der freiwilligen Krankenversicherung, den kräftigsten in Deutschland (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Versicherte in Prozent der Gesamtbevölkerung in ausgewählten EU-Staaten, 1992-1998

	1992	1995	1998	Veränderung in % 92/95	Veränderung in % 95/98	Veränderung in % 92/98
<b>Österreich*</b>	36,8	34,2	31,7 °	-2,6	-2,5	-5,1
<b>Belgien**</b>	-	30,1	32,8	-	2,7	-
<b>Dänemark</b>	25,1	24,9	26,4	-0,2	1,5	1,3
<b>Frankreich</b>	18,9	19,4	19,9	0,5	0,5	1,0
<b>Deutschland</b>	15,8	17,0	19,2	1,2	2,2	3,4
<b>Niederlande</b>	31,7	30,3	30,1	-1,4	-0,2	-1,6
<b>Portugal</b>	10,1	8,3	12,2	-1,8	3,9	2,1
<b>Spanien***</b>	-	-	16,4	-	-	-
<b>Vereinigtes Königreich</b>	11,4	11,1	11,5	-0,3	0,4	0,1

°1999

Quelle: CEA (Comité Européen des Assurances 2000), Gesundheitswesen in Österreich – Ausgabe: Sommer 2000, IHS HealthEcon 2002.

Korrespondierend mit einem BIP-Anteil von 5,7% erwirtschafteten die Privatversicherungen in Österreich im Jahr 2000 11,7 Mrd. Euro an Prämien. 61% wurden in der Sparte Personenversicherung erzielt, 9,9% in der freiwilligen Krankenversicherung. Gegen Ende der 90er Jahre war die Prämienentwicklung negativ<sup>12</sup>, was auf einen Preis- und einen Mengeneffekt infolge neuer Regulierung bei der Kalkulation für Krankenhauskosten und infolge der unechten Mehrwertsteuerbefreiung für ÄrztInnen und Krankenanstalten zurückgeführt wird<sup>13</sup>. Seit 1999 wachsen die Prämieinnahmen wieder. Im Bereich der freiwilligen Krankenversicherung stiegen sie im Jahr 2000 um 2,8%. Das Wachstum der Prämieinnahmen in der Personenversicherung war jedoch mehr als drei mal so hoch und lag bei 9,7%.

### Die Prämien wachsen schneller als die Beitragseinnahmen in der sozialen Krankenversicherung

Zwischen 1996 und 2000 stiegen pro freiwillig krankenversicherter Person die Prämieinnahmen jahresdurchschnittlich um 2,3% von € 419 auf € 458; die Beitragseinnahmen pro pflichtversicherter Person stiegen um 1,5% pro Jahr von € 1.351 auf 1.435 und damit deutlich geringer. Diese Diskrepanz könnte sich dadurch erklären, dass Privatversicherungen Prämienausfälle infolge des Rückgangs des Versichertenbestandes durch Erhöhung der Prämien zu kompensieren versuchen. Während die Anzahl der freiwillig Krankenversicherten um beinahe 2% sank, stieg die Anzahl der Versicherten in der sozialen Krankenversicherung um 1,3% pro Jahr. Die nominellen Beiträge wuchsen zwischen 1996 und 2000 um 2,8%, die nominellen Prämieinnahmen um 0,3% (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen, 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000	Durchschnittl. jährliches Wachstum in %
Gesamtbevölkerung	8.059.385	8.072.200	8.077.932	8.081.937	8.084.403	0,08
Versicherte – Sozialversicherung	5.412.380	5.435.859	5.515.013	5.552.591	5.695.691	1,28
Versicherte – Freiwillige Krankenversicherung	2.733.724	2.699.460	2.664.799	2.565.189	2.530.266 *	-1,91
Prämien – Freiwillige KV (Mio. EURO)	1.144	1.120	1.118	1.128	1.160	0,33
Beiträge – Sozialversicherung (Mio. EURO)	7.313	7.497	7.701	7.950	8.173	2,82
Prämien pro Versicherter (Freiwillige KV)	419	415	420	440	458	2,29
Prämien pro Kopf	142	139	138	140	143	0,26
Beiträge pro Versicherter – Sozialversicherung	1.351	1.379	1.396	1.432	1.435	1,51
Beiträge pro Kopf	907	929	953	984	1.011	2,74
*Schätzung						

Quelle: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2002.

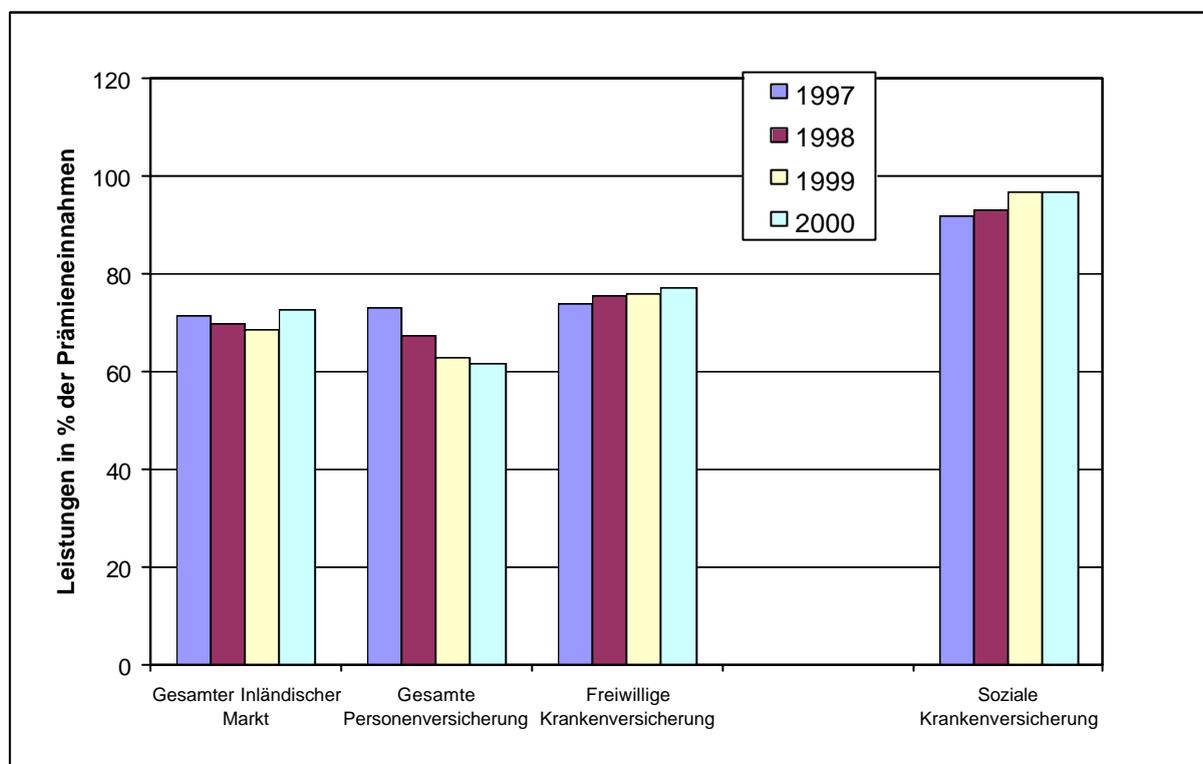
<sup>12</sup> Hofmarcher, M. M. (2001): Voluntary health insurance in Austria: a study for the European Commission, Institute for Advanced Studies, Vienna.

<sup>13</sup> Url Th.: Prämieinnahmen der Privatversicherungen sinken im Gefolge der Budgetsanierung, WIFO Monatsberichte 10/1998, p. 679-685

### Fallen die Prämien oder steigen die Leistungen, oder trifft beides zu?

Die ausbezahlten Leistungen in Prozent der Prämien geben Hinweise auf die Ertragslage (Leistungsquote) eines Versicherungsunternehmens. Im EU-Raum bewegte sich die Leistungsquote zwischen 72-76%, wobei es starke Schwankungen zwischen kommerziellen Einzelversicherungen und Gruppenversicherungen gibt, was unter anderem damit zusammenhängt, dass beim Abschluss von Gruppenversicherungen zumeist Rabatte lukriert werden. In Belgien beispielsweise betrug die Leistungsquote für kommerzielle Einzelversicherungen etwa 60 Prozent, im Bereich der Gruppenversicherung lag sie jedoch bei 88,8 Prozent<sup>14</sup>. Die Leistungsquote in der freiwilligen Krankenversicherung in Österreich betrug im Jahr 2000 77,1 Prozent und lag damit etwas über dem EU-Mittel. Die Leistungsquote in der sozialen Krankenversicherung betrug 96,8 Prozent.

Abbildung 3: Leistungsquoten in Österreich



Quelle: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2002.

Die Leistungsquote in der sozialen Krankenversicherung ist noch deutlicher gestiegen als jene in der freiwilligen Krankenversicherung. Während sie 1997 92 Prozent betrug, war sie im Jahr 2000 um etwa 5%-Punkte höher. Die Leistungsquote in der freiwilligen Krankenversicherung ist zwischen 1997 und 2000 um 3,3%-Punkte von 73,8% auf 77,1% gestiegen (Abbildung 3). In der gesamten Personenversicherung hingegen ist sie stark gesunken und zwar um fast 12%-Punkte.

<sup>14</sup> Mossialos, E., Thomson, S. op.cit.

Der 1997 beobachtete Rückgang der Prämieinnahmen in der freiwilligen Krankenversicherung, der sich 1998 fortsetzte, wird mit einem Mengen- und einem Preiseffekt erklärt<sup>15</sup>. Zum einen sanken die Tarifsätze für Neuverträge. Bei konstantem Bestand an Versicherten sind damit durch den Preiseffekt die Prämieinnahmen geringer. Zum anderen ist der Versichertenstand seit Jahren rückläufig, und verringerte sich deutlich seit Anfang der 90er Jahre (siehe Tabelle 4). 1999 und 2000 war der Rückgang der Prämieinnahmen gebremst und 2000 konnte ein kräftiges Wachstum erzielt werden (+2,8%). Die Leistungsaufwendungen waren jedoch noch etwas höher und erreichten ein Plus von 4,3% (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklung der Prämien (Beiträge) und Leistungen in der freiwilligen und in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997-2000, nominell in Euro

	<u>Gesamter Inländischer Markt</u>			<u>Personenversicherung</u>			<u>Freiwillige Krankenversicherung</u>			<u>Soziale Krankenversicherung</u>		
	Prämien	Leistungen	Leistungsquote	Prämien	Leistungen	Leistungsquote	Prämien	Leistungen	Leistungsquote	Beiträge	Leistungen	Leistungsquote
1997	9.853	7.059	71,6	5.324	3.898	73,2	1.120	827	73,8	8.894	8.170	91,9
1998	10.223	7.162	70,1	5.739	3.876	67,5	1.118	846	75,6	9.208	8.582	93,2
1999	10.960	7.531	68,7	6.508	4.105	63,1	1.128	857	76,0	9.458	9.141	96,6
2000	11.706	8.499	72,6	7.128	4.395	61,7	1.160	894	77,1	9.798	9.484	96,8
	Veränderung 1997/2000											
			1,0			-11,6			3,3			4,9
	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %											
97/98	3,8	1,5	-2,2	7,8	-0,6	-7,8	-0,2	2,3	2,5	3,5	5,0	1,5
98/99	7,2	5,1	-1,9	13,4	5,9	-6,6	0,9	1,4	0,5	2,7	6,5	3,7
99/00	6,8	12,9	5,7	9,5	7,1	-2,2	2,8	4,3	1,4	3,6	3,8	0,2

Quelle: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2002.

### Die Verwaltung in der freiwilligen Krankenversicherung kostet

Die Verwaltungsausgaben in der freiwilligen Krankenversicherung sind EU-weit höher als in der Pflichtversicherung. Sie bewegen sich zwischen 10 und 12% der Prämieinnahmen in Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden und in Frankreich. Für Österreich wurden Anfang der 90er Jahre Verwaltungsausgaben in der Höhe von etwa 22% dokumentiert<sup>16</sup>. Bleiben die Kosten für Werbeaufwendungen unberücksichtigt, verringern sich die Verwaltungskosten auf etwa 6%. Die Verwaltungsausgaben in der sozialen Krankenversicherung in Österreich betragen im Jahre 2000 3,6% und lagen unter dem Anteil, der in Deutschland (5,1%), in Belgien (4,8% - 1999) und in den Niederlanden (4,4% - 1999) aufgewendet wird<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Url Th., (1998) op.cit

<sup>16</sup> Wieninger, P.R.: Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung. Soziale Sicherheit, Sonderausgabe 1997, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, Wien 1997.

<sup>17</sup> Mossialos, E., Thomson, S. op.cit.

### **Die freiwillige Krankenversicherung in Österreich ist krankenhauslastig....**

Die starke Konzentration auf den Krankenhausesektor in Österreich hängt zum Teil mit institutionellen Voraussetzungen zusammen, die in anderen Sozialversicherungsländern nicht bestehen. So ist beispielsweise in Frankreich, in Belgien, aber auch in Luxemburg und den Niederlanden die hauptsächliche Funktion der freiwilligen Krankenversicherung gegen Selbstbehalte zu versichern. In jenen Ländern sind auch private non-profit Versicherungen am Markt bzw. bieten die staatlichen Pflichtversicherungen, auch ergänzende und zusätzliche Krankenversicherung an.

Die wichtigsten Produktlinien der freiwilligen Krankenversicherung in Österreich sind die Krankenhaus-Kostenversicherung (Zusatzversicherung, „Sonderklasse“) und die Krankenhaustaggeldversicherung. Ungefähr 90% der Leistungen, die im Jahr 2000 insgesamt € 865 Millionen betragen, entfielen auf diese beiden Produkte, wobei etwa 77% die Krankenhauskosten-Versicherung verbrauchte. Ungefähr 40% aller freiwillig Krankenversicherten Personen verfügte 1999 über eine Zusatzversicherung. Das entsprach einem Bevölkerungsanteil von 13%. Die Bedeutung der Krankenhaustaggeldversicherung ist in den letzten Jahren geringer geworden, zumal die Versicherungssummen für eine erhebliche Anzahl an Personen eher gering sind.

### **...sie finanziert öffentliche Spitäler, ist eine wichtige Einkommensquelle für ÄrztInnen...**

Die freiwillige Krankenversicherung finanziert in Österreich etwa vier Prozent der Kosten der Fondskrankenanstalten. Dieser Finanzierungsanteil verringerte sich um 1%-Punkt gegenüber 1995. In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben finanzierte die freiwillige Krankenversicherung im Jahr 2000 etwa 7 Prozent.

Die Zusatzversicherung ist darüber hinaus eine wichtige Einkommensquelle für ÄrztInnen, die in öffentlichen Spitälern tätig sind. Nachdem die Entlohnung im öffentlichen Sektor verhältnismäßig gering ist, wird dies gemeinhin als Anreiz gesehen, hochqualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden. Oder umgekehrt ausgedrückt, die Gehälter im öffentlichen Sektor können vergleichsweise gering gehalten werden, da die Sonderklasse-Honorare einen wesentlichen Teil des Einkommens darstellen und bei leitenden ÄrztInnen häufig ein Mehrfaches des Dienstbezuges ausmachen. In seinem Nachtrag zum Tätigkeitsbericht 1996, kritisierte der Rechnungshof, dass die Honorareinkünfte, verbunden mit den Aufzahlungen für die Unterbringung in der Sonderklasse, Anreize für eine vermehrte stationäre Versorgung hervorrufen<sup>18</sup>. Von etwa 630 Mio. Euro, die die freiwillige Krankenversicherung im Jahr 1996 für Zusatzversicherungen bezahlte, entfielen ca. 60% auf Honorare, wobei zwischen den Bundesländern unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Abgabe eines Honoraranteiles an die Krankenanstalteneigentümer bestehen. Darüber hinaus gibt es länderweise unterschiedliche Regelungen in bezug auf die Honoraraufteilung zwischen den leitenden ÄrztInnen und dem anderen medizinischen Personal.

---

<sup>18</sup> Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes, Verwaltungsjahr 1996, Rechnungshof, Wien im April 1998.

**...und bremst wahrscheinlich den Bettenabbau.**

Die Höhe der zusätzlichen Einkommen für ÄrztInnen hängt von der Anzahl der Sonderklassebetten in einer Abteilung ab. Die Anzahl der Sonderklassebetten wiederum ist von der Gesamtbettenanzahl der Betten in einer Abteilung abhängig, darf aber 25% der Gesamtbettenkapazität nicht überschreiten (§ 16 Abs. 1 und 2 B-KAG). Österreich gehört zu den EU-Ländern mit der höchsten (Akut-)Bettendichte. Während im Jahr 2000 im EU-Durchschnitt etwa vier Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen zur Verfügung standen, waren es in Österreich etwas mehr als sechs<sup>19</sup>. Das Tempo des Bettenabbaus seit Anfang der 90er Jahre war zwar in Österreich vergleichsweise höher, aber der relative Abstand zum EU-Durchschnitt änderte sich kaum.

Die Verknüpfung der Anzahl der Sonderklassebetten mit der Anzahl der Betten für die allgemeine Klasse birgt den Anreiz in sich, die Bettenkapazitäten hoch zu halten. Der Rechnungshof konstatierte darüber hinaus, dass SonderklassepatientInnen in Teilbereichen eine längere Verweildauer aufweisen. Dadurch ist ein höherer Bettenbedarf erforderlich. Dieser Anreiz ist wahrscheinlich seit der verbindlichen Einführung des Krankenanstalten- und Großgeräteplans erheblich gemildert, besteht jedoch weiterhin, zumal die finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung des Bettenabbauplans seitens des Bundes vergleichsweise gering sind. Gemäß der bestehenden Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung kann der Bund bei Nichteinhaltung des Bettenabbaus insgesamt 127 Mio. Euro – nach Bundesländerquoten aufgeteilt – zurückhalten. Dies entspricht etwa 1,7% der gesamten Kosten der Fondskrankenanstalten. Bislang wurde seitens des Bundes von dieser Sanktion gegenüber keinem Bundesland Gebrauch gemacht, gleichwohl wurde sie in zwei Fällen angedroht.

---

<sup>19</sup>Health Care System in Transition, HiT-Austria, European Observatory on Health Care Systems, Kopenhagen 2001.

### **Anhang: Prognose der österreichischen Wirtschaft**

Im Jahr 2001 ist die erwartete Abkühlung der Weltkonjunktur eingetreten, der Tiefpunkt der Entwicklung dürfte – vorausgesetzt, dass keine weiteren Terroranschläge das Konsumentenvertrauen massiv erschüttern – nach übereinstimmender Einschätzung bereits überschritten sein. Für die Konjunktorentwicklung in den USA wird im laufenden Jahr eine Erholung erwartet, wenn auch die zukünftigen Wachstumsraten nicht mehr die Höhe der letzten Jahre erreichen dürften. Für die USA rechnete die Europäische Kommission im vergangenen Herbst noch mit einem Wirtschaftswachstum von 0,5% für 2002 bzw. von 3,4% für 2003. Da die US-Bürger nach den Terroranschlägen des vergangenen September ihre Verbrauchsgewohnheiten weniger stark zurücknahmen als erwartet, revidieren Analysten derzeit allerdings ihre Prognosen für das laufende Jahr nach oben. Diese Einschätzung wird durch die letzten vorliegenden Daten (Februar 2002) unterstützt. Die deutliche Abschwächung des amerikanischen Wachstums hat auch auf Europa ausgestrahlt.

Österreich bildet keine Ausnahme von diesem Konjunkturbild. Für Österreich können in Tabelle A1 jedoch neuere Prognosewerte als für die USA und die EU angegeben werden, die Daten sind daher nicht direkt vergleichbar. Das Wirtschaftswachstum in Österreich wird 2002 bereits ein wenig besser ausfallen als im Vorjahr, und dürfte im Jahr 2002 wieder deutlich über 2 Prozent liegen. Nach einem Anstieg auf 2,4% im Jahr 2001 wird die Inflationsrate im laufenden Jahr wieder unter die 2-Prozent-Marke fallen. Da die Arbeitslosenquote meist verzögert auf konjunkturelle Einbrüche reagiert, ist davon auszugehen, dass die Arbeitslosigkeit trotz anziehender Konjunktur noch etwas steigen wird. Jedoch bleibt die Arbeitslosenquote nach EUROSTAT-Definition in Österreich auch weiterhin bei rund der Hälfte des EU-Vergleichswertes.

**Tabelle A1: Wirtschaftliche Vorausschätzung**

Bruttoinlandsprodukt, zu konstanten Preisen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
	1999	2000	2001	2002	2003
Österreich	2,8	3,0	1,2	1,6	2,3
EU-15	2,6	3,3	1,7	1,4	2,9
EU-12	2,7	3,4	1,6	1,3	2,9
USA	4,1	4,2	0,9	0,5	3,4
Inflation (harmonisierter Verbraucherpreisindex HVPI) (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
Österreich	0,5	2,0	2,4	1,7	1,8
EU-15 <sup>1)</sup>	1,2	2,1	2,5	1,7	1,7
EU-12 <sup>1)</sup>	1,1	2,4	2,8	1,8	1,8
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Arbeitsproduktivität (Reales BIP pro erwerbstätige Person) (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
Österreich	1,5	2,0	0,7	1,4	1,8
EU-15	1,0	1,6	0,7	1,2	1,8
EU-12	1,0	1,5	0,5	1,1	1,7
USA	2,2	2,2	1,0	1,1	2,5
Zahl der Erwerbstätigen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
Österreich	1,2	1,0	0,4	0,2	0,5
EU-15	1,6	1,7	1,1	0,2	1,0
EU-12	1,7	1,9	1,2	0,2	1,2
USA	1,9	1,9	-0,1	-0,6	0,9
Zahl der Arbeitslosen (in Prozent der zivilen Erwerbsbevölkerung) <sup>2)</sup>					
Österreich	4,0	3,7	3,9	4,2	4,0
EU-15	9,1	8,2	7,7	8,0	7,6
EU-12	9,9	8,9	8,3	8,6	8,2
USA	4,2	4,0	4,7	5,9	5,7
Finanzierungsüberschuss/-defizit des Gesamtstaates (in Prozent des BIP)					
Österreich	-2,2	-1,1	0,0	0,0	0,0
EU-15	-0,7	1,1	-0,5	-0,9	-0,6
EU-12	-1,3	0,3	-1,1	-1,4	-1,0
USA	0,9	1,7	-0,3	-3,6	-3,4
<sup>1)</sup> Reale jährliche Veränderung in Prozent.					
<sup>2)</sup> Unter Berücksichtigung der Definition von Eurostat auf der Grundlage der Arbeitskräfteerhebung.					
Quelle: Österreich: Prognose der österreichischen Wirtschaft 2001-2003, Institut für Höhere Studien, Dezember 2001; EU, USA und HVPI Österreich: Europäische Wirtschaft, Europäische Kommission Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Beiheft A Wirtschaftsanalysen Nr. 10/11 - Oktober/November 2001.					

Tabelle A2: Reales Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten	Index EU15=100													durch.	durch.	durch.	
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	jährl. WTR 90-95	jährl. WTR 95-00	jährl. WTR 90-00
Österreich	16.966	21.458	22.385	22.875	23.564	24.590	25.936	105	110	111	111	109	109	109	4,8	3,9	4,3
Belgien	16.773	21.797	22.266	22.877	23.805	24.837	26.250	104	112	111	111	110	110	110	5,4	3,8	4,6
Dänemark	17.096	22.939	24.203	24.709	25.702	27.069	28.354	106	118	120	119	119	120	119	6,1	4,3	5,2
Deutschland	18.351	21.357	21.573	22.231	22.953	23.855	24.951	113	109	107	107	106	106	105	3,1	3,2	3,1
Finnland	16.442	18.861	19.408	20.471	21.793	22.702	24.841	102	97	96	99	101	101	104	2,8	5,7	4,2
Frankreich	17.663	20.747	20.857	20.982	21.785	22.691	23.827	109	106	104	101	101	101	100	3,3	2,8	3,0
Griechenland	9.370	12.829	13.373	13.569	14.327	15.142	16.058	58	66	66	66	66	67	68	6,5	4,6	5,5
Irland	11.832	17.968	18.784	21.193	22.710	25.258	28.276	73	92	93	102	105	112	119	8,7	9,5	9,1
Italien	16.388	20.119	20.937	21.023	22.271	23.262	24.540	101	103	104	102	103	103	103	4,2	4,1	4,1
Luxemburg	24.429	33.557	34.145	35.974	37.567	41.656	45.406	151	172	170	174	174	185	191	6,6	6,2	6,4
Niederlande	16.583	21.222	21.818	23.194	24.714	25.887	27.463	102	109	108	112	114	115	115	5,1	5,3	5,2
Portugal	9.868	13.731	14.261	15.344	15.696	16.685	17.573	61	70	71	74	73	74	74	6,8	5,1	5,9
Schweden	17.616	19.949	20.523	21.059	21.855	23.027	24.402	109	102	102	102	101	102	103	2,5	4,1	3,3
Spanien	12.304	15.217	15.904	16.451	17.027	18.215	19.263	76	78	79	80	79	81	81	4,3	4,8	4,6
Vereinigtes Königreich	16.105	18.743	20.090	20.998	22.119	22.689	24.135	99	96	100	102	102	101	101	3,1	5,2	4,1
EU15*	16.196	19.513	20.124	20.682	21.598	22.538	23.788	100	100	100	100	100	100	100	3,8	4,0	3,9
EU12*	16.156	19.591	20.048	20.538	21.415	22.415	23.622	100	100	100	99	99	99	99	3,9	3,8	3,9
Schweiz	21.488	25.673	25.234	26.325	27.336	28.657	30.050	133	132	125	127	127	127	126	3,6	3,2	3,4
USA <sup>o</sup>	23.053	27.924	29.224	30.833	32.299	33.874	36.080	142	143	145	149	150	150	152	3,9	5,3	4,6
Bulgarien	4.700	4.900	4.600	4.400	4.700	4.900	5.400	29	25	23	21	22	22	23	0,8	2,0	1,4
Estland	6.438	5.600	6.100	7.000	7.600	7.800	8.500	40	29	30	34	35	35	36	-2,8	8,7	2,8
Lettland	6.457	4.300	4.700	5.300	5.600	5.900	6.600	40	22	23	26	26	26	28	-7,8	8,9	0,2
Litauen	4.913	4.900	5.300	5.900	6.300	6.200	6.600	30	25	26	29	29	28	28	-0,1	6,1	3,0
Malta	8.732	n.v.	9.400	10.100	10.500	11.100	11.900	54	n.v.	47	49	49	49	50	n.v.	n.v.	3,1
Polen	4.899	5.700	6.600	7.300	7.700	8.200	8.700	30	29	33	35	36	36	37	3,1	8,8	5,9
Rumänien	2.800	5.600	6.100	5.900	5.800	5.800	6.000	17	29	30	29	27	26	25	14,9	1,4	7,9
Slowakei	6.690 <sup>b</sup>	7.700	8.500	9.300	9.800	10.300	10.800	41	39	42	45	45	46	45	2,9	7,0	4,9
Slowenien	9.156 <sup>a</sup>	11.300	12.200	13.200	13.900	15.000	16.100	57	58	61	64	64	67	68	4,3	7,3	5,8
Tschechien	11.533	11.000	12.000	12.300	12.200	12.700	13.500	71	56	60	59	56	56	57	-0,9	4,2	1,6
Türkei	4.691	5.200	5.500	6.200	6.300	6.100	6.400	29	27	27	30	29	27	27	2,1	4,2	3,2
Ungarn	8.362	8.100	8.600	9.300	10.000	10.700	11.700	52	42	43	45	46	47	49	-0,6	7,6	3,4
Zypern	n.v.	13.800	14.700	15.400	16.300	17.500	18.500	n.v.	71	73	74	75	78	78	n.v.	6,0	n.v.
Beitritt 13*	5.320	6.067	6.591	7.101	7.310	7.463	7.900	33	31	33	34	34	33	33	2,7	5,4	4,0
MOEL 10*	5.640	6.512	7.162	7.567	7.845	8.216	8.747	35	33	36	37	36	36	37	2,9	6,1	4,5

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

<sup>a</sup>1991, <sup>b</sup>1992Quelle: Statistik Austria für Österreich, WHO Health for all database, Jänner 2002, <sup>o</sup>OECD Health Data 2001 für die USA, Progress Reports 2001 für alle Beitrittskandidaten 1995-2000, IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A3: Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten								Index EU15=100					durch. jährl. WTR	durch. jährl. WTR	durch. jährl. WTR
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	90-95	95-99	90-99
Österreich	1205	1835	1946	1819	1894	1981	2087	95	109	111	102	103	8,8	1,9	5,7
Belgien	1247	1906	2002	1972	2050	2181	n.v.	98	113	114	111	111	8,9	3,4	6,4
Dänemark	1453	1882	2004	2031	2132	2275	2325	115	112	114	114	116	5,3	4,9	5,1
Deutschland	1602	2178	2288	2335	2361	2476	n.v.	126	130	130	131	128	6,3	3,3	5,0
Finnland	1292	1421	1486	1495	1510	1547	n.v.	102	85	85	84	82	1,9	2,1	2,0
Frankreich	1520	1991	1994	1977	2043	2125	n.v.	120	118	114	111	111	5,5	1,6	3,8
Griechenland	707	1139	1184	1181	1198	1408	1397	56	68	67	66	65	10,0	5,4	8,0
Irland	796	1319	1332	1473	1534	1508	n.v.	63	78	76	83	83	10,6	3,4	7,4
Italien	1321	1589	1672	1735	1824	1905	n.v.	104	95	95	98	99	3,8	4,6	4,2
Luxemburg	1486	2114	2182	2134	2246	2543	n.v.	117	126	124	120	122	7,3	4,7	6,2
Niederlande	1403	1891	1928	2009	2150	2259	2225	111	113	110	113	117	6,2	4,5	5,4
Portugal	614	1050	1086	1149	1203	n.v.	n.v.	48	62	62	65	65	11,3	4,6 ~	8,8 ~
Schweden	1492	1622	1716	1712	1732	n.v.	n.v.	118	96	98	96	94	1,7	2,2 ~	1,9 ~
Spanien	815	1068	1122	1155	1194	n.v.	n.v.	64	64	64	65	65	5,6	3,8 ~	4,9 ~
Vereinigtes Königreich	968	1301	1410	1407	1510	1569	n.v.	76	77	80	79	82	6,1	4,8	5,5
EU15*	1267	1681	1755	1779	1843	2039	n.v.	100	100	100	100	100	5,8	4,9	5,4
EU12*	1315	1753	1819	1849	1906	2144	n.v.	104	104	104	104	103	5,9	5,2	5,6
Schweiz	1782	2477	2549	2697	2794	n.v.	n.v.	141	147	145	152	152	6,8	4,1 ~	5,8 ~
USA°	2738	3691	3846	4015	4165	4358	n.v.	216	220	219	226	226	6,2	4,2	5,3
Bulgarien**	240	226	202	211	230	n.v.	n.v.	19	13	12	12	12	-1,2	0,6 ~	-0,5 ~
Estland	n.v.	252	n.v.	n.v.	453	543	n.v.	n.v.	15	n.v.	n.v.	25	n.v.	21,2	n.v.
Lettland	161	138	n.v.	177	235	326	n.v.	13	8	n.v.	10	13	-3,0	23,8	8,1
Litauen	162	200	n.v.	253	412	413	n.v.	13	12	n.v.	14	22	4,3	19,9	10,9
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1262	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	258	420	469	448	524	535	n.v.	20	25	27	25	28	10,2	6,2	8,4
Rumänien	79	133	128	112	147	n.v.	n.v.	6	8	7	6	8	11,0	3,4 ~	8,1 ~
Slowakei	n.v.	459	607	659	679	710	n.v.	n.v.	27	35	37	37	n.v.	11,5	n.v.
Slowenien	311	975	1030	1086	1101	1230	n.v.	25	58	59	61	60	25,7	6,0	16,5
Tschechien	576	901	918	929	937	983	1023	45	54	52	52	51	9,4	2,2	6,1
Türkei	171	190	234	268	316	n.v.	n.v.	13	11	13	15	17	2,1	18,5 ~	8,0 ~
Ungarn	510	678	663	672	717	767	830	40	40	38	38	39	5,9	3,1	4,6
Zypern**	546 <sup>a</sup>	664 <sup>b</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	43	40	n.v.	n.v.	n.v.	4,0	n.v.	n.v.
Beitritt 13*	235	331	n.v.	n.v.	422	n.v.	n.v.	19	20	n.v.	n.v.	23	7,1	8,4	7,6
MOEL 10*	269	410	n.v.	n.v.	520	n.v.	n.v.	21	24	n.v.	n.v.	28	8,8	8,2	8,6

\* bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

<sup>a</sup>1991, <sup>b</sup>1993, ~oder letztverfügbares Jahr

Quelle: Statistik Austria für Österreich, WHO Health for all database, Jänner 2002; °OECD Health Data 2001 für die USA; \*\*World Development Indicators 2001 für Bulgarien u. Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A4: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes								Index EU15=100					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	7,1	8,6	8,7	8,0	8,0	8,1	8,0	92	101	101	94	95	93
Belgien	7,4	8,7	9,0	8,6	8,6	8,8	n.v.	95	102	104	101	102	101
Dänemark	8,5	8,2	8,3	8,2	8,3	8,4	8,2	110	96	96	96	98	96
Deutschland	8,7	10,2	10,6	10,5	10,3	10,5	n.v.	112	120	123	123	122	120
Finnland	7,9	7,5	7,7	7,3	6,9	6,8	n.v.	102	88	89	86	82	78
Frankreich	8,6	9,6	9,6	9,4	9,4	9,4	n.v.	111	113	111	110	111	107
Griechenland	7,5	8,9	8,9	8,7	8,4	9,3	8,7	97	104	103	102	99	106
Irland	6,7	7,3	7,1	6,9	6,8	6,1	n.v.	86	86	82	81	80	70
Italien	8,0	7,4	7,5	7,7	7,7	7,9	n.v.	103	87	87	91	91	90
Luxemburg	6,1	6,3	6,4	5,9	6,0	6,1	n.v.	79	74	74	69	71	70
Niederlande	8,5	8,9	8,8	8,7	8,7	8,7	8,1	110	104	102	102	103	99
Portugal	6,2	7,6	7,6	7,5	7,7	n.v.	n.v.	80	89	88	88	91	n.v.
Schweden	8,5	8,1	8,4	8,1	7,9	n.v.	n.v.	110	95	97	95	93	n.v.
Spanien	6,6	7,0	7,1	7,0	7,0	n.v.	n.v.	85	82	82	82	83	n.v.
Vereinigtes Königreich	6,0	6,9	7,0	6,7	6,8	6,9	n.v.	77	81	81	79	80	79
EU15*	7,8	8,5	8,6	8,5	8,5	8,8	n.v.	100	100	100	100	100	100
EU12*	8,1	8,8	9,0	8,9	8,8	9,2	n.v.	104	104	104	104	104	105
Schweiz	8,3	9,6	10,1	10,3	10,4	n.v.	n.v.	107	113	117	121	123	n.v.
USA°	11,9	13,2	13,2	13	12,9	12,9	n.v.	153	155	153	153	153	147
Bulgarien**	4,1	4,0	3,9	4,3	4,7	n.v.	n.v.	53	47	45	51	56	n.v.
Estland	4,5 <sup>b</sup>	6,2	6,1	5,5	5,9	6,5	6,1	58	73	71	65	70	74
Lettland	2,5	4,2	4,5	4,5	4,1	5,2	4,8	32	49	52	53	48	59
Litauen	3,3	5,2	5,5	6,0	6,4	6,2	6,2	43	61	64	71	76	71
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3	8,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	95
Polen	5,3	6,0	6,4	6,1	6,4	6,2	n.v.	68	70	74	72	76	71
Rumänien	2,8	3,0	2,8	2,6	2,6	n.v.	n.v.	36	35	32	31	31	n.v.
Slowakei	5,4	6,2	7,4	7,4	7,0	6,7	6,5	69	73	86	87	83	77
Slowenien	5,6	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7	n.v.	73	92	90	91	91	88
Tschechien	5,0	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3	64	86	82	83	84	81
Türkei	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	n.v.	n.v.	46	40	45	49	56	n.v.
Ungarn	6,1	7,5	7,1	6,8	6,8	6,8	6,8	79	88	82	80	80	78
Zypern**	4,3 <sup>a</sup>	4,5 <sup>c</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	55	53	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt 13*	4,3	5,0	5,2	5,3	5,5	6,6	n.v.	55	59	60	62	65	75
MOEL 10*	4,5	5,7	5,8	5,8	5,9	6,6	n.v.	59	67	68	68	70	75

\*BIP-gewichteter Durchschnitt  
Quelle: Statistik Austria für Österreich, WHO Health for all database, Jänner 2002; °OECD Health Data 2001 für die USA;  
\*\*World Development Indicators 2001 für Bulgarien und Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A5: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								Index EU15=100					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	73,5	71,8	70,6	70,9	71,4	70,0	69,7	94	93	92	93	94	92
Belgien	88,9	69,9	71,6	71,0	71,2	71,3	n.v.	113	91	93	93	94	93
Dänemark	82,7	82,5	82,4	82,3	81,9	82,2	81,9	105	107	108	108	108	108
Deutschland	76,2	78,1	78,3	76,6	75,8	75,3	n.v.	97	102	102	101	100	99
Finnland	80,9	75,5	75,8	76,1	76,3	75,7	n.v.	103	98	99	100	101	99
Frankreich	78,2	77,7	77,7	77,7	77,7	78,1	n.v.	100	101	101	102	103	102
Griechenland	62,7	54,5	55,2	55,2	56,3	51,0	52,5	80	71	72	72	74	67
Irland	71,7	72,5	72,5	75,6	76,8	77,1	n.v.	91	94	95	99	101	101
Italien	79,4	72,2	71,8	72,2	71,9	72,3	n.v.	101	94	94	95	95	95
Luxemburg	93,1	92,4	92,8	92,5	92,4	92,9	n.v.	119	120	121	121	122	122
Niederlande	67,7	72,0	67,3	68,9	68,6	68,5	73,2	86	94	88	90	91	90
Portugal	65,5	65,3	66,7	67,1	66,9	n.v.	n.v.	83	85	87	88	88	n.v.
Schweden	89,9	85,2	84,8	84,3	83,8	n.v.	n.v.	115	111	111	111	111	n.v.
Spanien	78,7	78,0	78,2	77,2	76,4	n.v.	n.v.	100	101	102	101	101	n.v.
Vereinigtes Königreich	84,3	84,9	83,7	83,7	83,3	83,3	n.v.	107	110	109	110	110	109
EU15*	78,5	76,9	76,6	76,2	75,8	76,4	n.v.	100	100	100	100	100	100
EU12*	77,1	75,3	75,2	74,7	74,3	74,1	n.v.	98	98	98	98	98	97
Schweiz	68,4	72,3	74,5	73,2	73,4	n.v.	n.v.	87	94	97	96	97	n.v.
USA°	39,6	45,6	45,9	45,5	44,8	44,5	n.v.	50	59	60	60	59	58
Bulgarien	100,0	100,0 <sup>a</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	127	130	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	88,0	87,0	86,4	80,4	77,1	n.v.	n.v.	115	114	114	105
Lettland	100,0	95,0	88,0	85,0	79,3	79,6	75,1	127	124	115	112	105	104
Litauen	90,0	86,0	76,6	77,0	76,0	74,3	71,3	115	112	100	101	100	97
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	50,8	53,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	67
Polen	91,7	72,9	73,4	72,0	65,4	75,1	n.v.	117	95	96	95	86	98
Rumänien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	n.v.	127	130	131	131	132	131
Slowakei	100,0	94,8	94,2	91,2	91,4	88,9	90,3	127	123	123	120	121	116
Slowenien	100,0	89,7	89,1	88,3	88,0	86,0	n.v.	127	117	116	116	116	113
Tschechien	96,2	92,7	92,5	91,7	91,9	91,5	91,4	123	121	121	120	121	120
Türkei	61,0	70,3	69,2	71,6	71,9	n.v.	n.v.	78	91	90	94	95	n.v.
Ungarn	100,0	76,2	76,5	75,3	76,5	75,0	73,5	127	99	100	99	101	98
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt 13*	85,8	79,8	79,0	78,5	76,5	80,0	n.v.	109	104	103	103	101	105
MOEL 10*	95,9	83,3	82,3	81,1	78,3	80,3	n.v.	122	108	107	107	103	105

\* gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

<sup>a</sup>1994

Quelle: Statistik Austria für Österreich, WHO Health für all database, Jänner 2002, °OECD Health Data, August 2001 für die USA, IHS HealthEcon Berechnungen 2002.