

I/Spring 2000

HEALTH SYSTEM WATCH

Supplement of the journal *Soziale Sicherheit*

Institute for Advanced Studies (IHS) – IHS HealthEcon

Edited by the Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

(Federation of Austrian Social Security Institutions)

Gesundheitsausgaben in der EU: Höhe oder Definition, das ist hier die Frage

Schwerpunktthema: Internationale Datenbanken und Vergleichbarkeit von Ausgaben

*Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel**

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen wächst europaweit im Gleichklang mit dem Wirtschaftswachstum. In der Periode 1970 bis 1980 waren die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes am höchsten. In der Folgeperiode waren sie im gesamten EU-Raum gedämpfter. Zwischen 1990 und 1997 wuchsen die österreichischen Gesundheitsausgaben deutlich rascher als jene in den EU-11 Ländern und rascher als das Bruttoinlandsprodukt. 1998 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich ATS 216 Mrd. Gegenüber 1995 stiegen die gesamten Gesundheitsausgaben um 4,6 Prozent. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen in der selben Periode um 2,6 Prozent, die Konsumausgaben der privaten Haushalte um 8,7 Prozent, das Bruttoinlandsprodukt um 9,9 Prozent. Der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 1998 8,3 Prozent, jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben 5,8 Prozent, und jener der privaten Gesundheitsausgaben 2,2 Prozent. Die Einführung der Leistungsorientierten Finanzierung 1997 führte zu einer Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Sektor.

Vergleiche von Gesundheitsausgaben gestalten sich schwierig, da die zugrundeliegenden Datenbasen nur teilweise auch von einheitlichen Grundsätzen und Definitionen ausgehen bzw. ausgehen können. Für die Zukunft besteht jedoch Anlass zu vorsichtigem Optimismus, da Bemühungen, zu besser vergleichbarem Datenmaterial zu kommen, sowohl im Rahmen der OECD als auch seit kürzerer Zeit im Rahmen der Europäischen Union unternommen werden. Auch die Annäherung zwischen OECD- und WHO-Daten deutet in diese Richtung. Eine EU-weit einheitliche Datengrundlage ist erst in Vorbereitung, sodass bis auf weiteres von EUROSTAT, dem statistischen Amt der Union, noch nicht mit verbesserten Daten für den gesamten Gesundheitsbereich gerechnet werden kann. Eine Ausnahme bilden hier jene Gesundheitsdaten (wie eben auch Gesundheitsausgaben), die im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erhoben werden. Da in diesem Bereich die Anwendung der neuen Systematik seit 1999 verpflichtend vorgeschrieben ist, kann eine bessere Vergleichbarkeit der Daten erwartet werden.

*Wir danken Jürgen Schwärzler für die Mitwirkung

Wohlfahrt ist ein Drittel Gesundheit

Wohlfahrtsstaatliche Leistungen werden in der Hauptsache durch Sozialausgaben erbracht. Sozialausgaben umfassen Ausgaben für Pensionen, Krankheit, Invalidität, Familie und Arbeitslosigkeit. Die BIP-Anteil der Sozialausgaben (Sozialquote) betrug 1996 in Österreich etwa 30 Prozent und lag damit knapp über dem EU-15-Durchschnitt von etwa 29 Prozent. Nach den Pensionen, für die 1995 etwa die Hälfte der gesamten Sozialausgaben verwendet wurden, wird für den Gesundheitsbereich als zweitgrößte Position ein Drittel aufgewendet. Im EU-15-Durchschnitt wurden 44 Prozent bzw. 36 Prozent für diese Leistungsfelder ausgegeben.¹

Bereits in dem statistischen Gewicht des Gesundheitssektors lässt sich seine Bedeutung im Hinblick auf anhaltende bzw. beginnende Konsolidierungsbemühungen in allen Ländern erkennen. Die Diskussion über die "richtige Höhe" der Gesundheitsausgaben ist daher ebenso nachhaltig. Jedes Gesundheitssystem hat Stärken und Schwächen. Ein hoher BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben ist kein Garant für die Effizienz des Gesundheitssektors, wie dies so oft an dem Gegensatzpaar Großbritannien² und USA diskutiert ist. Die Zunahme der Lebenserwartung in Bezug auf den Zuwachs der Gesundheitsausgaben ist ein Näherungswert für die Effizienz des Gesundheitssektor. Die USA mit dem höchsten BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben schneidet in dieser Relation im Vergleich zu den EU-Ländern und Japan am schlechtesten ab. Großbritannien liegt im unteren Mittelfeld, Österreich nach Deutschland-West, Japan und Irland im oberen.³

Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt – ein unzertrennliches Paar

Wirtschaftswachstum und Ausgabenwachstum sind eng miteinander verbunden. Die Höhe des Bruttoinlandsproduktes ist der Anhaltspunkt für die Höhe der finanzierbaren Gesundheitsausgaben. Allerdings erhöhen die Gesundheitsausgaben selbst das Bruttoinlandsprodukt, da sie Komponente desselben sind. Zusätzlich arbeiten die Ergebnisse der Kranken- bzw. Gesundenbehandlung (Outcome) wie ein Multiplikator und wirken ihrerseits produktivitätssteigerend und somit tendenziell BIP-erhöhend.⁴

¹ Soziales Österreich: Sicherungssysteme im Überblick, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1998.

² Tony Blair, der Kanzler hat in Großbritannien die Diskussion initiiert, die Gesundheitsausgaben auf den Anteil im EU-Durchschnitt zu heben. Vgl: Towse, A., Sussex, J., Getting UK health care expenditure up to the European Union mean – what does that mean? BMJ 2000; 320: 640-642 (March 4).

³ Schneider, M. et al., Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich; Übersichten 1997, BASYS, Augsburg 1998.

⁴ Vgl. zur Diskussion der Wechselwirkungen zwischen Wirtschaftswachstum und Gesundheitssektor Health System Watch IV/1999.

In jenen Ländern, die Mitglieder der Währungsunion (EU-11)⁵ sind, leben etwa vier Fünftel der Bevölkerung der Europäischen Union. Der EU-11-Anteil am Bruttoinlandsprodukt und am gesamten Volumen des EU-15-Gesundheitssektors beträgt ebenso etwa vier Fünftel. Im folgenden Abschnitt konzentriert sich die Analyse auf die EU-11-Länder, da ihre Leistungsfähigkeit durch die Konsolidierungsbemühungen zur Teilnahme an der Währungsunion eine Referenz für die gesamte europäische Region ist.

Bezogen auf das nominelle Bruttoinlandsprodukt bereinigt um Kaufkraftunterschiede, war in Österreich in der Periode 1960 bis 1970 das Pro-Kopf-Wachstum um einen halben Prozentpunkt geringer als in den EU-11-Ländern und betrug 7,3 Prozent. Auch das Wachstum der Staatsausgaben war in diesem Zeitraum geringer in Österreich (8,8 Prozent) als in den EU-11-Ländern (9,2 Prozent). Öffentliche Gesundheitsausgaben, aber auch die gesamten Gesundheitsausgaben, wuchsen mit 5,8 bzw. 26 Prozentpunkten in den EU-11-Ländern deutlich rascher als in Österreich. Die Preissteigerung im Gesundheitswesen in Österreich lag um einen Prozentpunkt über der Veränderung in den EU-11-Ländern.

In der Folgeperiode 1970 bis 1980 wuchs Österreich in allen betrachteten Kennzahlen im Vergleich zu den EU-11-Ländern stärker, wobei der Abstand bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben 1,7 Prozentpunkte betrug, bei den gesamten 1,13. Die Preissteigerung im Gesundheitswesen war in dieser Periode in den EU-11-Ländern um 1 Prozentpunkt stärker (10,7 Prozent) als in Österreich, wo sie den Wert 9,7 Prozent erreicht.

⁵ Alle EU-Länder außer Großbritannien, Schweden, Griechenland und Dänemark.

Tabelle 1: Wachstumsraten ausgewählter Kennzahlen in Österreich und in den EU-11-Ländern, 1960 bis 1997

Pro Kopf, USD Kaufkraftparität				
	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-1997
Bruttoinlandsprodukt (BIP)				
Osterreich	7.3	11.1	6.9	4.7
EU-11	7.8	10.3	7.0	3.8
Staatsausgaben				
Osterreich	8.8	13.5	7.2	5.6
EU-11	9.2	13.5	8.0	3.6
Öffentliche Gesundheitsausgaben				
Osterreich	8.5	16.4	6.9	6.6
EU-11	14.3	14.7	7.8	4.4
Gesamte Gesundheitsausgaben				
Österreich	9.6	15.3	6.2	6.8
EU-11	12.2	14.2	8.1	4.8
Gesamtwirtschaftlicher Preisindex				
Osterreich	3.8	6.3	3.6	3.0+
EU-11	4.5	10.6	6.9	3.7+
Preissteigerung im Gesundheitswesen				
Osterreich	7.1	9.7	5.1	5.6+
EU-11	6.3	10.7	7.2	4.1+

EU-11 Durchschnitt bevölkerungsgewichtet

+1990-1996

Quellen: OECD Health Data 1999, IHS-HealthEcon-Berechnungen 2000

Das Wachstum der gesamten Gesundheitsausgaben war in der Periode 1980 bis 1990 in Österreich um 1,90 Prozentpunkte geringer als im EU-11-Raum und betrug 6,2 Prozent⁶, die Inflation im Gesundheitsbereich der EU-11-Länder war um 2,14 Prozentpunkte über jener in Österreich, wo sie 5,2 Prozent betrug. Mit Ausnahme des BIP-Deflators waren alle österreichischen Wachstumsraten zwischen 1990 und 1997 über jenen in den EU-11-Ländern. Der Gesundheitssektor wuchs um 6,8 Prozent und übertraf die durchschnittliche EU-11-Wachstumsrate um 1,9 Prozentpunkte. Im Bereich der öffentlichen Gesundheitsausgaben war der Abstand zwischen der EU-11-Wachstumsrate, die 4,4 Prozent betrug und jener in Österreich (6,6) am deutlichsten. Zwischen 1990 und 1996 betrug der Preisanstieg im österreichischen

⁶ Rückwirkend bis 1981 wurde 1997 die Berechnung der Gesundheitsausgaben in Österreich auf die EU-Systematik ESVG79 umgestellt und andere Bereinigungen vorgenommen, was auch in anderen Ländern laufend passierte. Durch die Neuberechnungen verringerte sich das Niveau der Gesundheitsausgaben. Siehe Quellenangaben in Fußnote 9 und vergleiche weiters: Stübler, W., Gesundheitsausgaben im OECD Vergleich 1960-1991, Statistische Nachrichten 3/1994, Gesundheitsausgaben in Österreich 1983 – 1995, Statistische Nachrichten 4/1997 und siehe Schwerpunktthema in dieser Ausgabe.

Gesundheitswesen 5,6 Prozent und lag 1,5 Prozentpunkte über dem EU-11-Durchschnitt. Dies gibt Hinweise dafür, dass im Vergleich zum EU-11-Raum die relativen Preise im Gesundheitsbereich in Österreich hoch sind.⁷

Die deutliche Ausweitung des Gesundheitssektors in Österreich setzte vergleichsweise etwas zeitverzögert ein. Das Muster der Wachstumsraten zeigt jedoch einen Gleichklang und verdeutlicht die enge Beziehung zwischen dem Wirtschaftswachstum und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben.

In der Herbstprognose der Europäischen Kommission⁸ werden für Österreich gute Wachstumsaussichten erwartet, jedoch ebenso eine Verschlechterung des gesamtstaatlichen Finanzierungsdefizits (siehe Tabelle A1). Es kann vermutet werden, dass die Expansion des Gesundheitssektors in Österreich, die vergleichsweise später begann, mit einer späteren Verringerung der Wachstumsdynamik einhergehen wird.⁹

Die Verlangsamung des Produktivitätswachstums beginnend ab Mitte der 70er Jahren fiel in allen EU-Ländern mit der durch fallende Geburtenraten bedingten Altersstrukturverschiebung zusammen. D. h., in einem Zeitraum, in dem die altersstrukturbedingte Nachfrage nach Gesundheits-(dienst)leistungen zu steigen begann, verringerten sich die zur Aufteilung verfügbaren, anteiligen BIP-Zuwächse. Mehr noch, das Gesundheitswesen ist sowohl Nutznießer als auch Quelle des stetig steigenden technischen Fortschritts einschließlich der biomedizinischen und elektronischen Revolution. Allerdings ist dieser Fortschritt im Bereich der patientenbezogenen Leistungen nicht oder nur bedingt arbeitssparend und demnach arbeitskostenintensiv.¹⁰ Indem technologischer Wandel typischerweise zu Qualitätssprüngen führt, ist der nicht-diskriminierende Einsatz neuer Verfahren und Instrumente zur Krankenbehandlung, d. h. deren soziale Verfügbarkeit, verantwortlich für steigende Kosten, was in der Folge zu einer Steigerung der Gesamtausgaben führt, die über dem gewünschten Niveau liegen kann. Somit kann für die Zukunft erwartet werden, dass allenfalls die Zuwachsraten der Ausgaben eingedämmt werden.¹¹ Deshalb wird es in Zukunft in der Hauptsache darum gehen, verstärkt innerhalb des Gesundheitssektors nach Wegen zu suchen, die Bereitstellung der

⁷ Vgl. Diskussion in Health System Watch I/ März 1999.

⁸ Europäische Wirtschaft, Europäische Kommission Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Beiheft A Wirtschaftsanalysen Nr. 10/11, Oktober/November 1999.

⁹ Der Vergleich der Kennzahlen zwischen den Dekaden ist problematisch, da die Buchungssysteme über die Zeit umgestellt wurden. Die Einführung des ESVG-95 ist seit April 1999 für die Mitgliedsstaaten verbindlich und soll die Kohärenz mit dem internationalen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (SNA93) und des IWF-Zahlungsbilanzhandbuchs herstellen. Vgl. hierzu Fußnote 6 und Dannerbauer, H., Gesundheitsausgaben in Österreich 1981-1996, Statistische Nachrichten 5/1998; Dannerbauer, H.: Erläuterungen zu den Gesundheitsausgaben, Dezember 1998 und Februar 2000, Statistik Österreich, unveröffentlicht.

¹⁰ Der Personalkostenanteil in den Krankenanstalten beträgt in Österreich etwa 70 Prozent.

¹¹ Für die WHO deutet ein BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben, der deutlich über neun Prozent liegt, auf makroökonomische Ineffizienz hin. Vgl. "Making a Difference, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva 1999, S.34.

Leistungen nach Effektivitäts- bzw. Effizienzkriterien zu orientieren und Prioritäten zu diskutieren, wenn umfassender Versicherungsschutzes weiterhin gewährleistet wird.

Positionierung Österreichs 1997

Tabelle 2 fasst den Rang des Niveaus des Bruttoinlandsproduktes, der gesamten Gesundheitsausgaben und der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den einzelnen EU-Ländern im Vergleich zum bevölkerungsgewichteten Durchschnitt zusammen. Um Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wurden für 1997 die Datenpunkte wie sie in den Tabellen A2 bis A4 zu finden sind, gemäß dem Bruttoinlandsprodukt absteigend gereiht. Innerhalb der EU-Länder liegt Österreich in dieser Reihung mit dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf an vierter Stelle, nach Belgien und vor den Niederlanden. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich sind die sechst höchsten in der EU. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben liegen in Österreich an elfter Stelle.

Die relativ zum bevölkerungsgewichteten EU-Durchschnitt reichsten Länder Luxemburg, Dänemark und Belgien belegen in den Ausgabenkennzahlen die ersten vier Ränge, wobei jedoch die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Belgien an siebter Stelle liegen. Das schwedische Pro-Kopf-Einkommen liegt an Position zwölf, die Gesundheitsausgaben an achter Stelle und die öffentlichen Gesundheitsausgaben an fünfter Stelle.

Tabelle 2: Rang des Niveaus der Gesundheitsausgaben, gereiht nach Bruttoinlandsprodukt 1997

1997 (EU-15=100)			
	BIP ¹⁾	GA ²⁾	ÖGA ³⁾
Luxemburg	1	2	1
Dänemark	2	4	4
Belgien	3	7	2
Osterreich	4	6	11
Niederlande	5	5	12
Deutschland	6	1	6
Frankreich	7	3	10
Italien	8	9	13
Finnland	9	10	9
Irland	10	12	7
Großbritannien	11	11	3
Schweden	12	8	5
Spanien	13	14	8
Portugal	14	15	14
Griechenland	15	13	15

- 1) BIP: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf bereinigt um US\$-Kaufkraftunterschiede
- 2) GA: Gesundheitsausgaben pro Kopf bereinigt um US\$-Kaufkraftunterschiede
- 3) ÖGA: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Quellen: siehe Tabellen A2 bis A3

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland sind die höchsten in der EU, das Pro-Kopf-Einkommen, aber auch die öffentlichen Gesundheitsausgaben liegen an Position sechs. In jenen Ländern, in denen das Einkommensniveau den EU-Durchschnitt überschreitet, liegen auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf darüber. Zwischen 1990 und 1997 hat sich die Standardabweichung des Bruttoinlandsproduktes und der gesamten Gesundheitsausgaben vergrößert.

Gesundheitsausgaben in Österreich 1981 bis 1998

Die Gesundheitsausgaben für 1998 wurden nach der verbindlich vorgeschriebenen EU-Systematik ESVG95 berechnet und bis 1995 zurückgerechnet. Um jedoch die Entwicklung im Zeitablauf verfolgen zu können, zeigt Tabelle 3 die gesamte Reihe 1981 bis 1998. Damit die Unterschiede in den Beträgen, die sich aus der Neuberechnung der Gesundheitsausgaben für 1995 bis 1998 ergaben, verdeutlicht sind, wurden die wichtigsten Ausgabenkomponenten bis 1997 doppelt ausgewiesen.¹²

Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben betrug 1998 8,3 Prozent, jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben 5,8 Prozent. Der BIP-Anteil öffentlicher und privater Gesundheitsausgaben stieg um 0,6 Prozentpunkte von 5,2 Prozent 1981 (private Gesundheitsausgaben 1,6) auf 5,8 Prozent (private Gesundheitsausgaben 2,2) 1998. Innerhalb der Gesundheitsausgaben gab es eine deutliche Verschiebung der Ausgabenlasten zu den privaten Haushalten. 1998 betrug der Anteil des privaten Konsums an den gesamten Gesundheitsausgaben 29,4 Prozent, 1981 betrug er 23,2 Prozent. Die öffentlichen Haushalte wendeten 1998 70,6 Prozent auf. Gegenüber 1981 entsprach dies einer Verringerung von 5,5 Prozentpunkten.

Anteilig an den öffentlichen Gesundheitsausgaben betragen die Zahlungen von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Gemeinden und Bund einschließlich der Zahlungen der Landesfonds 1998 95 Prozent. Innerhalb des öffentlichen Konsums werden 70 Prozent von den Sozialversicherungsträgern aufgewendet, Länder, Gemeinden und der Bund wenden etwa zwei Zehntel auf. Gegenüber 1981 ist der öffentliche Konsum anteilig an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben um sieben Prozentpunkte gestiegen. Öffentliche Investitionen und Transfers sind um 6,4 bzw. um 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen.

¹² Siehe Fußnoten 6 und 9 und Erläuterungen im Schwerpunktteil dieser Ausgabe.

HEALTH SYSTEM WATCH 1/2000

Tabelle 3: Gesundheitsausgaben 1981 bis 1997 und 1995 bis 1998

	1981-1997 nach ESG79																	
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gesundheitsausgaben, gesamt in Mio. ATS	73607	77851	80661	85522	91550	99909	105831	111396	122367	130602	140794	157301	171167	180359	185890	193999	207695	-
														ESVG95	206724	215640	207014	216212
Öffentliche Gesundheitsausgaben in Mio. ATS	55962	58733	61317	64645	69642	76476	80305	84177	90225	96014	103412	115620	127007	134172	137449	142537	151563	-
														ESVG95	148593	151951	146854	152438
	In Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben (OGA)													In Prozent der OGA nach ESG95				
Öffentlicher Konsum, Gesundheit ¹⁾	88.2	89.5	89.4	88.7	89.1	86.8	89.9	89.5	88.3	89.2	88.9	88.6	88.1	89.2	91.3	90.8	94.3	95.1
Öffentliche Investitionen, Gesundheit	9.7	8.4	8.3	8.6	7.6	9.7	6.6	7.2	8.0	7.0	7.1	7.3	7.6	6.5	4.4	4.6	3.3	3.3
Transfer an private Haushalte, Gesundheit ²⁾	2.1	2.1	2.3	2.7	3.3	3.4	3.5	3.3	3.7	3.9	4.0	4.1	4.3	4.3	4.3	4.6	2.4	1.6
Konsumausgaben der privaten Haushalte in Mio. ATS	17089	18473	18684	20457	21883	23584	25731	27121	32524	34967	37772	42361	45221	47293	49981	53465	58783	-
														ESVG95	52946	56974	55635	57538
	In Prozent der privaten Gesundheitsausgaben (PGA)													In Prozent der PGA nach ESG95				
• Selbstzahlungen ³⁾	49.1	48.8	51.6	50.7	51.5	52.2	51.3	54.3	48.5	48.6	49.9	48.4	48.9	49.5	49.6	48.1	48.9	49.4
• Ärztliche Dienste ⁴⁾	33.6	33.8	30.8	32.4	30.6	30.0	30.7	28.3	35.5	35.1	34.0	35.8	35.9	36.6	37.2	38.8	37.6	37.8
• Private Krankenversicherung ⁵⁾	17.3	17.4	17.7	17.0	17.9	17.8	18.0	17.3	16.0	16.3	16.1	15.8	15.2	13.9	13.2	13.1	13.5	12.8
	In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (GGA)													In Prozent der GGA nach ESG95 ⁶⁾				
Öffentliche Gesundheitsausgaben	76.0	75.4	76.0	75.6	76.1	76.5	75.9	75.6	73.7	73.5	73.4	73.5	74.2	74.4	74.3	73.8	71.0	70.6
Private Gesundheitsausgaben	23.2	23.7	23.2	23.9	23.9	23.6	24.3	24.3	26.6	26.8	26.8	26.9	26.4	26.2	25.7	26.2	29.0	29.4
	In Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP)													In Prozent des BIP nach ESG95				
Gesundheitsausgaben, gesamt	6.8	6.7	6.5	6.6	6.7	6.9	7.1	7.1	7.3	7.2	7.2	7.6	8.1	8.1	8.7	8.8	8.2	8.3
Öffentliche Gesundheitsausgaben	5.2	5.1	5.0	5.0	5.1	5.3	5.4	5.4	5.4	5.3	5.3	5.6	6.0	6.0	6.3	6.2	5.8	5.8

1) Die öffentliche Konsum setzt sich zusammen aus Zahlungen der Sozialversicherungsträger, der Länder und Gemeinden und des Bundes, der Landeskrankenanstalten GmbHs (Burgenland, Kärnten, Steiermark, Tirol), die bis einschließlich 1996 inkludiert waren und der Landeskrankenanstaltenfonds, die ab 1997 inkludiert sind.

2) einschliesslich non-profit Spitäler; ab 1995 einschliesslich non-profit Spitäler und Rettungsdienste.

3) 1981-1997: Spitalsdienste, pharmazeutische Waren, Therapeutische Waren; 1995-1998: Stationäre Gesundheitsleistungen, Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen.

4) 1981-1997: Ärztliche Dienste einschliesslich "Ohne Rechnung-Geschäfte"; 1995-1998: Ambulante Gesundheitsleistungen einschliesslich "Ohne Rechnung-Geschäfte".

5) 1981-1997: Private Krankenversicherung; 1995-1998: Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit Gesundheit.

6) Die Ausgaben der privaten Haushalte wurden um öffentliche Investitionen und Transfers bereinigt. Die Beträge für den privaten und öffentlichen Konsum werden in der Tabelle unbereinigt ausgewiesen.

Quellen: Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR-Konzept, Statistik Österreich, Abteilung 7, VGR und IHS-HealthEcon-Berechnungen, Februar 2000

1998 wurde etwa die Hälfte der privaten Gesundheitsausgaben für den Konsum von freiverkäuflichen pharmazeutischen Erzeugnissen (Vitamine, Fieberthermometer usw.) und für therapeutische Produkte, z.B. Brillen verwendet. Etwas weniger als zwei Fünftel wurden für ärztliche einschließlich zahnärztlicher Dienste und für Dienstleistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe konsumiert. Während der Anteil der selbstbezahlten therapeutischen und medizinischen Produkte an den Ausgaben der privaten Haushalte über den gesamten Beobachtungszeitraum konstant blieb, stieg jener für ärztliche und nicht-ärztliche Dienste um vier Prozentpunkte. Die anteiligen Ausgaben für die private Krankenversicherung verringerten sich zwischen 1981 und 1998 um 4,5 Prozentpunkte.

Gesundheitsausgaben in Österreich 1995 bis 1998

1998 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich ATS 216 Mrd. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Steigerung von 4,6 Prozent. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen in derselben Periode um 2,6 Prozent, die Konsumausgaben der privaten Haushalte um 8,7 Prozent, das Bruttoinlandsprodukt um 9,9 Prozent.

Tabelle 4: Veränderung der Gesundheitsausgaben 1995 bis 1998

	Mio ATS, Veränderung in Prozent			
	1995-1998	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Gesundheitsausgaben, insgesamt	4.6	4.3	-4.0	4.4
Öffentliche Gesundheitsausgaben	2.6	2.3	-3.4	3.8
• Öffentlicher Konsum, Gesundheit ¹⁾	6.8	1.7	0.3	4.7
• Investitionen Sektor Staat, Gesundheit	-23.3	6.8	-30.2	2.8
• laufende Transfers an private Haushalte, Gesundheit ²⁾	-61.0	9.4	-49.1	-30.0
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit	8.7	7.6	-2.4	3.4
• Stationäre Gesundheitsleistungen, Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen ³⁾	8.3	4.4	-0.7	4.5
• Ambulante Gesundheitsleistungen ⁴⁾	10.2	12.0	-5.3	4.0
• Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit Gesundheit ⁵⁾	5.5	7.3	0.3	-2.0
Bruttoinlandsprodukt	9.9	3.3	2.8	3.5

1) Landeskrankenanstalten GmbH (Burgenland, Kärnten, Steiermark, Tirol): bis einschließlich 1996 inkludiert; LKAF Landeskrankenanstaltenfonds u. WIKRAF Landeskrankenanstaltenfonds Wien ab 1997 inkludiert.

2) Einschließlich private "non-profit"-Spitäler und Rettungsdienste

3) bis 1997: Spitalsdienste, Pharmazeutische Waren, Therapeutische Waren;

4) bis 1997: Ärztliche Dienste einschließlich "Ohne Rechnung-Geschäfte";

5) bis 1997: Private Krankenversicherung.

Quellen: Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR-Konzept, Statistik Österreich, Abteilung 7, VGR und IHS-HealthEcon-Berechnungen, Februar 2000

Investitionen und Transfers an die privaten Haushalte verringerten sich um mehr als 20 bzw. 60 Prozent. Der Einbruch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben und vor allem bei den Transfers ist einerseits buchungstechnisch begründbar¹³ und andererseits dürfte es sich um tatsächliche

¹³ Seit 1997 werden die privaten Non-profit-Krankenanstalten aber auch die öffentlichen in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als Marktproduzenten behandelt, da die Pflegegebühren/PrivatpatientInnen und die Zahlungen der Landesfonds die Produktionserlöse mehr als 50 Prozent der Produktionskosten abdecken – siehe Erläuterungen im Schwerpunktteil dieser Ausgabe.

Rückgänge handeln, die bei den Transfers sowohl zwischen 1996/97 als auch 1997/98 deutlich sind. Seit 1997 werden die Zahlungen der Sozialversicherungsträger, der Länder und Gemeinden und des Bundes an die Landesfonds zur Finanzierung der Krankenanstalten als Transfers zwischen öffentlichen Rechtsträger verbucht und sind im öffentlichen Konsum nicht enthalten. Weiters sind seit 1997 die Zahlungen der Landesfonds an die privaten Non-profit-Krankenanstalten im öffentlichen Konsum enthalten, was zum Teil die stark positive Veränderung von 4,7 Prozent zwischen 1997/98 erklären dürfte.

Im Vergleich zu allen anderen Komponenten stiegen mit 10,2 Prozent die Ausgaben der privaten Haushalte für ambulante Gesundheitsleistungen zwischen 1995 und 1998 am stärksten. 1996/97 war auch für diese Position ein Rückgang zu beobachten. Durch den Entfall der Vorzugssteuerabzugsberechtigung für Gesundheits- und Sozialfürsorge 1997 und deren Berücksichtigung in den Berechnungen verringerten sich die Konsumausgaben und die Erlöse um die Umsatzsteuer.

Nach den Rückgängen 1996/97, die vor allem buchungstechnisch bedingt sind, zeigte sich 1997/98 sowohl für den öffentlichen Konsum als auch für die privaten Ausgaben ein Wachstum von etwa 4,5 Prozent.

Kostenentwicklung in den Krankenanstalten Österreichs

Tabelle 5 veranschaulicht die Wachstumsdynamik im Krankenanstaltensektor und im Gesundheitsbereich insgesamt. In den sogenannten Fondskrankenanstalten, sind etwas mehr als 70 Prozent der gesamten Betten und 85 Prozent des Krankenhauspersonals konzentriert. In jenen Krankenanstalten wird die Finanzierung seit 1997 leistungsorientiert nach Diagnosefallgruppen abgewickelt.

Tabelle 5: Kostenentwicklung im Krankenanstaltensektor 1990-1998

								<i>In Prozent des BIP</i>		
	Kosten Fonds-Krankenanstalten (inklusive Abschreibungen), Mio. ATS	Jährliche Veränderung in Prozent	Gesamte Gesundheitsausgaben, Mio. ATS	Jährliche Veränderung in Prozent	Bruttoinlandsprodukt, Mio. ATS (BIP)	Jährliche Veränderung in Prozent	KA-Kosten in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	KA-Kosten	Gesamte Gesundheitsausgaben	
1990	56,745		130,602		1,813,482		43,4	3,3	7,2	
1991	63,493	11,9	140,794	7,8	1,945,822	7,3	45,0	3,2	7,2	
1992	71,336	12,4	157,301	11,7	2,057,271	5,7	45,3	3,5	7,6	
1993	78,347	9,8	171,167	8,8	2,125,343	3,3	45,7	3,7	8,1	
1994	85,801	9,5	180,359	5,4	2,237,938	5,3	47,6	3,8	8,1	
1995	90,355	5,3	206,724*	14,6	2,375,170*	6,1	43,7	3,8	8,7	
1996	92,400	2,3	215,640	4,3	2,453,240	3,3	42,8	3,7	8,8	
1997	97,880	5,9	207,014*	-4,0*	2,522,222	2,8	47,2	3,8	8,2	
1998	101,236	3,4	216,212	4,4	2,610,914	3,5	46,8	3,8	8,3	
Wachstumsrate, jahresdurchschnittlich	7,5		6,5		4,6					

* Die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wurde 1998 auf die EU-Systemik ESVG95 umgestellt und die Zahlenreihen bis 1995 rückgerechnet. Die Neuberechnungen des Bruttoinlandsproduktes aber auch der Gesundheitsausgaben führten zu vergleichsweise höheren Beträgen, deren Entstehung vorwiegend buchungstechnisch zu interpretieren ist, siehe Fussnoten 6 und 9 und Erläuterungen im Schwerpunktteil dieser Ausgabe.

Quellen: BMAGS, Strukturfonds, Statistik Österreich 2000, IHS-HealthEcon-Berechnungen 2000

Jahresdurchschnittlich sind die Kosten für die Fondskrankenanstalten im Zeitraum 1990 bis 1998 um 7,5 Prozent gewachsen, die Gesundheitsausgaben um 6,5 Prozent. Gegenüber dem Wachstum des nominellen Bruttoinlandsproduktes von 4,6 Prozent sind die Kosten in den Krankenanstalten um 3 Prozentpunkte rascher gewachsen. Anfang der 90er Jahre waren im Krankenhausbereich zweistellige Wachstumsraten zu beobachten. Ab Mitte der 90er Jahre konnten sie halbiert werden. Zwischen 1995 und 1996 war ein Wachstum von 2,3 Prozent zu verzeichnen. 1998 war die Wachstumsrate (3,4%) um 2,5 Prozentpunkte geringer als 1997 (5,9%). Diese Eindämmung der Dynamik kann auf die Einführung der Leistungsorientierten

Krankenanstalten-Finanzierung zurückgeführt werden, die offenbar bereits im Vorfeld zur Dämpfung der Kosten geführt hat.

Anteilig an den gesamten Gesundheitsausgaben betragen die Kosten in den Fondskrankenanstalten 1998 47 Prozent. Gegenüber 1990 entsprach die einer Vergrößerung des Anteils um knapp 4 Prozentpunkte. Der BIP-Anteil der Kosten der Fondskrankenanstalten ist seit 1994 konstant und betrug 1998 3,8, jener der gesamten Gesundheitsausgaben 8,3 Prozent.

Schwerpunktthema: Internationale Datenbanken und Vergleichbarkeit von Ausgaben

Problemaufriss und allgemeine methodologische Probleme

Um abzuschätzen, wie gut ein bestimmter Sektor eines Landes arbeitet, bietet es sich an, Vergleiche mit anderen Ländern anzustellen. Einige Datenbanken bieten für derartige Zwecke nutzbares Datenmaterial an, die in manchen Fällen auch schon über das Internet abrufbar sind, beispielsweise für das Gesundheitswesen die WHO-Health-for-All-Datenbank. Ein Vergleich ist jedoch nur sinnvoll, wenn Unterschiede in der Höhe der Werte einzelner Länder auch tatsächlich auf eine unterschiedliche Höhe der betrachteten Größe hinweisen, und nicht lediglich statistisch verursacht sind. Eine Reihe von Ursachen könnte zu statistischen Verzerrungen führen:

- Die inhaltliche Abgrenzung des Begriffs Gesundheit bei einzelnen Organisationen ist unterschiedlich; damit variiert auch der Umfang daran anknüpfender Größen wie Gesundheitsausgaben. Der Versuch einer Organisation, die Daten verschiedener Länder auf eine vergleichbare Basis zu bringen, kann somit zwar die Angaben über die behandelten Länder kompatibel machen, die Verknüpfung von Angaben aus verschiedenen Quellen bleibt aber problematisch.
- Die für die Datenerfassung notwendigen Definitionen und Abgrenzungen sind in den einzelnen Ländern nicht übereinstimmend gestaltet, da sie stärker auf die Zweckmäßigkeit für die jeweilige nationale Organisationsstruktur abgestimmt sind als auf die Verwendbarkeit für internationale Vergleiche. Organisatorische oder gesetzliche Änderungen können daher direkt Brüche in Zeitreihen bewirken.
- Monetäre Größen liegen üblicherweise in nationalen Währungseinheiten vor, und müssen auf einen einheitlichen Nenner gebracht werden, um vergleichbar zu werden. Der Umrechnungsprozess birgt die Gefahr von Verzerrungen.

Werden die Gesundheitsausgaben in einzelne Bereiche untergliedert, verschärft sich das Problem, und Vergleichbarkeit der Daten verlangt bei der Datensammlung bzw. -generierung die sorgfältige Rücksichtnahme auf die nationale Organisationsstruktur¹⁴. Beispiel: Ambulante Behandlung durch FachärztInnen kann im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems im Krankenhaus erfolgen (wie in Großbritannien), oder durch niedergelassene FachärztInnen in deren Praxen (wie in Österreich). Damit die gegliederten Ausgaben vergleichbar sind, müssen demnach die ambulanten Behandlungen aus den Krankenhausausgaben herausgerechnet und den Ausgaben für ambulante Behandlung zugerechnet sein. Ein Beispiel für Brüche in Zeitreihen, die durch die starke Ausrichtung des Prozesses der Datengenerierung an

¹⁴ Elias Mossialos, Julian Le Grand, Cost Containment in the EU: Section II: Health Care Spending. In Elias Mossialos, Julian Le Grand (Hrsg.), Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, 1999.

administrativen Einheiten und Vorschriften verursacht ist, bietet der öffentliche Konsum des Staates im österreichischen Gesundheitswesen: Seit der Einführung der leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung 1997 decken die Produktionserlöse der betroffenen Krankenanstalten mehr als 50% der Produktionskosten ab, womit diese Krankenanstalten nicht mehr dem öffentlichen Konsum zuzurechnen sind (siehe Tabelle 4).

Im folgenden wird versucht aufzuzeigen, welche konzeptionellen Unterschiede zwischen einigen international verwendeten Datenquellen bestehen, und anhand einiger Beispiele illustriert, welche Größenordnung die daraus resultierenden Differenzen der ausgewiesenen Werte annehmen können.

Was ist Gesundheit?

Verschiedene Organisationen gehen von durchaus unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Gesundheit aus, und stecken daher die Grenzen etwa zwischen Gesundheits- und Sozialwesen von einander abweichend ab. Die wohl bekannteste und gleichzeitig sehr umfassende Definition der **World Health Organization** (WHO) beschreibt Gesundheit als einen Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Nach dieser Definition ist Gesundheit stärker als nach anderen Abgrenzungen mitbestimmt durch die Bereiche Arbeit, Wohnen und Umwelt.

Eine weit engere Definition für Gesundheit lässt sich vom Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ableiten, das die Grundlage für die Krankenversicherung von rund 80 Prozent der in Österreich krankenversicherten Personen darstellt. Hier wird Krankheit definiert als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht (ASVG §120). Krankenbehandlung wiederum soll die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder herstellen, festigen oder bessern. Außer im Fall der Krankheit entsteht ein Anspruch auf Behandlungen nach ASVG im Fall der Mutterschaft oder bei nicht auf Gewinn ausgerichteten Spenden von Körperteilen oder Organen.

In der Regierungserklärung vom November 1994 wurde eine Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes vorgeschlagen, der die Zusammenhänge von Gesundheit mit den Bereichen Umwelt, Ernährung, Bewegung und Arbeitswelt berücksichtigt und die Verantwortung der einzelnen Person für die Gesundheit betont¹⁵. Obwohl eine Reihe grundsatzpolitischer Positionen in der Regierungserklärung vom Februar 2000¹⁶ abgegeben wurden, wurde die Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes, wie sie 1994 vorgesehen war, nicht aufgegriffen.

¹⁵ Vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat, Berichtszeitraum 1993-1997, BMAGS Wien 1997

¹⁶ Österreich neu Regieren, Arbeitsübereinkommen zwischen ÖVP und FPÖ, Februar 2000: <http://www.derstandard.at>

Die Standards der OECD als Versuch einer Vereinheitlichung

Da sich die nationalen Statistikämter vorwiegend an die von der OECD ausgearbeiteten Definitionen und Berechnungsrichtlinien anlehnen, wird auf das OECD-Konzept näher eingegangen. Die OECD hat ein Klassifikationssystem für nationale Gesundheitskonten erarbeitet, und ist bestrebt, auf dieser Basis eine internationale Datenbank mit vergleichbaren Länderdaten zu erarbeiten¹⁷. Das von einem internationalen Expertengremium erarbeitete System of Health Accounts gibt den tabellarisch aufgebauten Rahmen für die Berichterstattung der Länder über Gesundheitsausgaben, Finanzierung und damit zusammenhängende ökonomische Statistiken und nicht-monetäre Größen wie Beschäftigung und andere Ressourcen vor. Soweit möglich, knüpfen dieses Tabellenwerk und die Berechnungsempfehlungen an das System of National Accounts, Revision 93 (SNA 93) an, das ja die Grundlage für generelle ökonomische und soziale Statistiken bildet. In der Logik des SNA 93 entspricht das System of Health Accounts demnach einem funktionellen Satellitenkonto. Satellitenkonten basieren auf der Definition charakteristischer Güter und Dienstleistungen des funktionell definierten relevanten Bereiches, untersuchen die Produktion dieser Güter in charakteristischen und anderen Branchen und identifizieren sowohl Nutznießer als auch Finanzierungsströme. Demnach ergeben sich drei Hauptkomponenten des System of Health Accounts: Gesundheitsgüter nach Funktionen, Branchen der Erstellung von Gesundheitsleistungen und Finanzierungsquellen des Gesundheitswesens.

Diese Herangehensweise führt im Gesundheitssektor zu Problemen, da bislang die Definition von Basiskategorien medizinischer Güter und Funktionen noch nicht erfolgt ist. Vielmehr ist es gängige Praxis, Definitionen an den Prozess der Leistungserstellung anzulehnen. Dieser ist in einzelnen Ländern jedoch unterschiedlich organisiert, womit die Vergleichbarkeit der Güter oder Funktionen leidet. Darüber hinaus stehen für den Gesundheitssektor, der ja in der Regel zu einem großen Anteil dem öffentlichen Sektor zuzurechnen ist, häufig nur administrative Daten zur Verfügung, die für eine standardisierte Datenerfassung im Rahmen des SNA nur unzureichend geeignet sind.

Divergenzen zwischen internationalen Übersichten und Datenbanken

Internationale Datenbanken greifen für Angaben über Gesundheitsausgaben häufig auf die Zahlen der OECD zurück (WHO/Health for All Database, UNICEF/TransMonee, Weltbank/World Development Indicators). So gibt die *WHO Health for All Database* des **WHO Regional Office for Europe** bei den Themenbereichen Gesundheitsausgaben und öffentliche Gesundheitsausgaben an, für OECD Länder die OECD Zahlen zur verwenden, und sich bei

¹⁷ OECD, A system of health accounts for international data collection, Part I: Principles and methods, 1998, STD/NARD(98)4.

anderen Ländern so weit wie möglich an OECD Definitionen zu halten. Ein Vergleich der ausgewiesenen Werte zeigt jedoch, dass dennoch auch bei OECD Ländern bis zur letzten Version der Datenbank vom Juni 1999 noch beträchtliche Unterschiede bestanden. Die Differenzen konzentrieren sich einerseits auf den Zeitbereich ab 1995, andererseits auf Länder. Bei den gesamten Gesundheitsausgaben (pro Kopf in kaufkraftbereinigten US Dollar zu laufenden Preisen) lagen ab 1995 die OECD-Werte in der Regel über jenen der WHO, in einzelnen Ländern (Griechenland, Dänemark, Finnland, Irland aber auch Österreich) jedoch auch schon regelmäßig früher. Auch war die Divergenz in den meisten dieser Länder ab 1995 deutlich höher als vorher. Am markantesten fiel das Auseinanderklaffen der OECD- und WHO-Werte im Falle Griechenlands aus, wo die Gesundheitsausgaben 1992 laut WHO nur wenig mehr als halb so hoch waren wie laut OECD. Für 1997 betrug die entsprechende Differenz immer noch rund 20%. Nach den Quellenangaben zur OECD Datenbank werden die Berechnungen der griechischen Gesundheitsausgaben durch das griechische Statistik-Amt noch durch unveröffentlichte Daten ergänzt. Es besteht aber die Vermutung, dass die in den Datenbanken ausgewiesenen Ausgaben dennoch zu niedrig angesetzt sind. Der Grund hierfür liegt in der nicht ausreichenden Berücksichtigung des privaten Sektors und der Parallel-Ökonomie. Aus ähnlichen Gründen dürfen auch die Angaben über die portugiesischen Gesundheitsausgaben als zu niedrig angesehen werden¹⁸. Außer in Griechenland war die Abweichung zwischen OECD- und WHO-Werten in Dänemark relativ hoch und betrug rund 10%.

Im letzten Update der WHO HFA Datenbank vom Januar 2000 wurden die Abweichungen von der OECD-Datenbank beseitigt. Nunmehr stimmen – von einigen wenigen Datenpunkten abgesehen – die Gesundheitsausgaben laut WHO-Datenbank mit jenen der OECD für die hier analysierten Länder und die neunziger Jahre völlig überein. Weiterhin bestehen hingegen bei einigen Ländern (im wesentlichen Österreich, Dänemark, Deutschland) Abweichungen bei den Angaben über die Höhe des BIP. Die Differenz zwischen beiden Werten ist zwar absolut betrachtet im Falle Österreichs geringer als in den beiden anderen Fällen, während jedoch die OECD für Deutschland und Dänemark generell höhere Werte angibt als die WHO, überschreitet der OECD-Wert für Österreich in manchen Jahren jenen der WHO, in anderen ist es umgekehrt.

Die **Weltbank** veröffentlicht im Rahmen der *World Development Indicators* (WDI) Daten über Gesundheitsausgaben sowie den Anteil der öffentlichen Ausgaben daran. Als Datenquellen werden nationale Institutionen angegeben, sowie internationale Agenturen, Länder- und Sektorstudien der Weltbank, Government Finance Data Files des Internationalen Währungsfonds sowie die OECD. Die gesamten Gesundheitsausgaben umfassen hier die Bereitstellung präventiver und kurativer Gesundheitsleistungen, Aktivitäten der Bereiche Familienplanung und Ernährung, sowie Notfallbehandlung (emergency aid). Wasserversorgung und sanitäre Einrichtungen sind ausgeklammert.

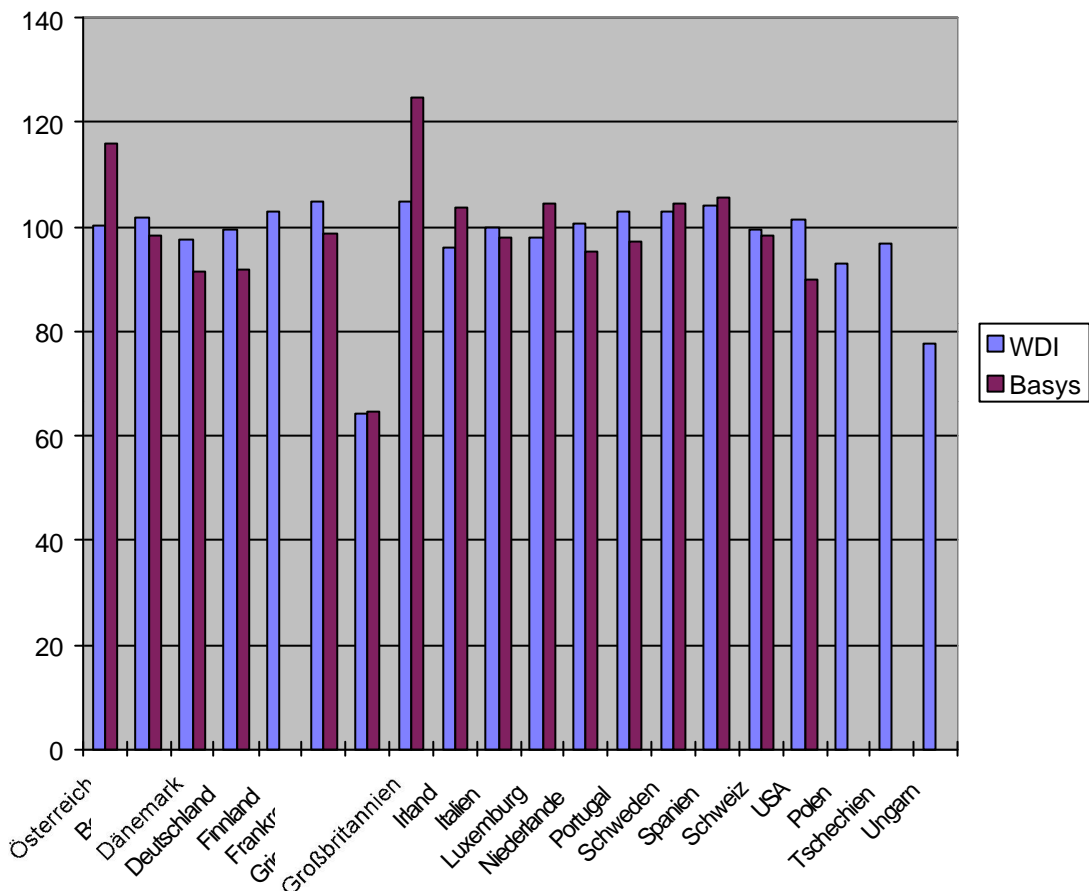
¹⁸ Mossialos, Le Grand, S. 51.

Öffentliche und private Gesundheitsausgaben werden ebenfalls ausgewiesen. Es wird zwar angegeben, dass die gesamten Gesundheitsausgaben sich aus öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben zusammensetzen, insbesondere bei den Beitrittskandidaten zur EU dürften hier aber noch Probleme in der Datenerfassung oder -definition vorliegen: Die für Polen 1990 und für Ungarn 1991 angegebenen öffentlichen Gesundheitsausgaben übersteigen das jeweilige Niveau der angegebenen gesamten Gesundheitsausgaben. Bezeichnenderweise fehlen die entsprechenden Datenpunkte in der OECD-Datenbank, offenbar wurden sie aus Plausibilitätsgründen nicht aufgenommen. Mit ähnlichen Problemen dürften die Ersteller der OECD Datenbank auch bei westlichen Ländern gekämpft haben: Wieninger 1995 weist darauf hin, dass die Summe aus den für Österreich ausgewiesenen öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben Anfang der Neunziger Jahre regelmäßig höher als die ausgewiesenen gesamten Gesundheitsausgaben waren¹⁹. Mittlerweile ist eine explizite Angabe der gesamten privaten Gesundheitsausgaben nicht mehr in der OECD Datenbank enthalten.

¹⁹ Peter R. Wieninger, Österreichische Gesundheitsausgaben, Soziale Sicherheit 10/1995, S. 662.

Abbildung 1: Differenzen zwischen internationalen Datenquellen

**Gesundheitsausgaben pro Kopf US\$ PPP, 1994,
OECD=WHO=100**



Auch fällt auf, dass in Ungarn gemäß der World Development Indicators der Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben von 1992 auf 1993 sehr stark fiel, von über 90 Prozent auf 71 Prozent. Einen ähnlich starken Rückgang des Anteils öffentlicher Gesundheitsausgaben verzeichnet Dänemark von 1995 (86%) auf 1996 (65%). Diese beiden Sprünge in den Datenreihen finden sich aber auch in anderen Datenquellen (z.B. in der WHO HFA Version Juni 1999, nicht mehr in der Version Januar 2000) und sind im Falle Dänemarks vermutlich darauf zurück zu führen, dass in früheren Jahren die Pflegeausgaben in den Gesundheitsausgaben nicht berücksichtigt waren.²⁰

²⁰ Vgl. Basys 1997, S. 29.

Die **BASYS** Untersuchung²¹ unternimmt ausgehend von Angaben der nationalen Statistikämter wie auch von internationalen Institutionen (z.B. Statistisches Amt der EU, OECD) eine Neuberechnung der einzelnen Teilaggregate und darauf aufbauend der gesamten Gesundheitsausgaben vor (bottom-up), in denen dann nach Möglichkeit die nationalen Besonderheiten und Abgrenzungen berücksichtigt sind.

Als inhaltliche Abgrenzung wird der Begriff der 'laufenden Gesundheitsausgaben' angestrebt, der nach der VGR-Systematik bei privatem und öffentlichem Verbrauch an Gesundheitsleistungen ansetzt. Damit sind konzeptionell Investitionen in private und öffentliche Gesundheitseinrichtungen wie u. a. Krankenhäuser ebenso ausgeklammert wie Forschungsausgaben der pharmazeutischen Industrie oder von Universitätskliniken. Eine Schwierigkeit liegt hier offensichtlich in einer klaren Definition der Trennlinien zwischen einzelnen Aufgabenbereichen. So ist in Universitätskliniken die Abgrenzung zwischen Gesundheitsleistungen im engeren Sinn, Forschung und Ausbildung bereits in der Praxis, und somit erst recht bei der Datengenerierung nicht immer durchführbar.

Im Unterschied zum OECD-Konzept inkludieren BASYS nach Möglichkeit weder Verwaltungskosten, Forschungsausgaben noch Investitionen in ihr Konzept der Gesundheitsausgaben (vgl. BASYS 1998, S.25ff.).

Tabelle 6: Übersicht über Konzepte für Gesundheitsausgaben

Ausgabenart	OECD, WHO	BASYS	Österreich in OECD- Datenbank
Privatausgaben der Haushalte für Gesundheitsleistungen	x	x	x
Öffentliche Ausgaben (auch in Schulen, Gefängnissen, Militäreinrichtungen)	x	x	tw
Public Health Programme	x	x	tw
Investitionen in medizinische Einrichtungen	x		öffentliche
Verwaltung	x		
Forschung und Entwicklung von Pharmafirmen	x		e.J.
Forschung und Entwicklung von anderen	x		tw, e.J.
Ausgaben für freiwillige und gemeinnützige Institutionen	x	x	
tw... inhaltlich teilweise abgedeckt, e.J... einzelne Jahreswerte vorhanden			
<i>Quelle: eigene Zusammenstellung aus Unterlagen der jeweiligen Institution</i>			

²¹ Schneider et al., Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, BASYS.

Zur Illustration der Differenzen in der Höhe der Gesundheitsausgaben nach verschiedenen Datenquellen dient Abbildung 1. Dass BASYS für Österreich und Luxemburg höhere Gesundheitsausgaben ausweist als die OECD liegt daran, dass in den OECD-Zahlen die Ausgaben für Pflegeleistungen nur teilweise enthalten sind. Die OECD-Zahlen für Griechenland und Irland beinhalten im Gegensatz zu den BASYS-Zahlen auch die Ausgaben für Investitionen, Forschung und Entwicklung. Die Differenz der Werte für Großbritannien sind u.a. durch die Berücksichtigung von Pflegeausgaben zu erklären.

Berechnung der österreichischen Gesundheitsausgaben

Statistik Österreich (vormals ÖSTAT) berechnet die Gesundheitsausgaben für Österreich und meldet diese an die OECD. Nachstehende Übersicht zeigt die von Statistik Österreich berechneten und ausgewiesenen Gesundheitsausgaben für Österreich umfassen folgende Bereiche²²:

Auf dieser Grundlage führt die OECD weitere Berechnungen durch, die dann zu den in der OECD-Health-Data-Datenbank für Österreich ausgewiesenen Werten führen. Nicht alle der in der OECD-Datenbank berücksichtigten Werte werden in Österreich auch erhoben und können daher auch nicht ausgewiesen werden. Tabelle 6 bietet hierzu einen Überblick.

Die Einführung des nunmehr verbindlich vorgeschriebenen Europäischen Systems der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 95) in die österreichische volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) führte auch zu einer Neuberechnung der österreichischen Gesundheitsausgaben.

Der Übergang vom alten System (ESVG 79) zu ESVG 95 führte in etlichen Zeitreihen der VGR zu Brüchen, so auch in jenen des Gesundheitswesens. Nach alter Definition wurden die Gesundheitsausgaben für 1995 noch mit 185,7 Mrd. ATS angegeben, was gemessen am BIP wie bereits 1994 einem Anteil von 8,0% entsprach²³. Nach neuer Definition beliefen sich die Gesundheitsausgaben 1995 hingegen auf 206,7 Mrd. ATS oder 8,7% des BIP (vgl. Tabelle 3). Die Veränderung des Berechnungsmodus hob demnach für dasselbe Jahr 1995 die österreichischen Gesundheitsausgaben, statistisch' um über 11% an. Noch stärker als im Bereich privater Gesundheitsausgaben wirkt sich die Neuberechnung bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben aus, die mit 136,2 bzw. 148,6 Mrd. ATS ausgewiesen werden. Ursachen für das nunmehr höhere Niveau liegen in einer Neuberechnung der Abschreibungen beim öffentlichen Konsum sowie bei den Konsumausgaben der privaten Haushalte im Übergang zu einem neuen Klassifikationsschema der Verwendungszwecke für den Individualkonsum.

²² Vgl. Quellenangaben in den Fußnoten 6 und 9.

²³ Dannerbauer 1998, Tabellen 1 und 2.

<i>ESVG79</i>	<i>ESVG95</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Konsumausgaben der Privaten Haushalte für Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumausgaben der Privaten Haushalte für Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> ○ Spitalsdienste 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stationäre Gesundheitsleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ärztliche Dienste 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulante Gesundheitsleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pharmazeutische und Therapeutische Waren 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Private Krankenversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Versicherungsdienstleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenkonsum der Non-profit-Spitäler (z.B. Ordensspitäler) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenkonsum der Non-profit-Spitäler (z.B. Ordensspitäler) einschließlich Rettungsdienste
<ul style="list-style-type: none"> ○ Produktionskosten (Vorleistungen, Arbeitnehmerentgelt, Abschreibungen, sonstige Produktionsabgaben) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Produktionskosten (Vorleistungen, Arbeitnehmerentgelt, Abschreibungen, sonstige Produktionsabgaben)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Minus Produktionserlöse 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Minus Produktionserlöse
<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlicher Konsum des Staates im Gesundheitswesen (Sozialversicherungsträger, Bund, Länder, Gemeinden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlicher Konsum des Staates im Gesundheitswesen (Sozialversicherungsträger, Bund, Länder, Gemeinden, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Produktionskosten 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Produktionskosten
<ul style="list-style-type: none"> ○ Minus Produktionserlöse 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Minus Produktionserlöse
<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche Investitionen im Gesundheitsbereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionen im Gesundheitsbereich
<ul style="list-style-type: none"> ○ Investitionen der öffentlichen Rechtsträger, und der Landeskrankenanstalten GmbHs 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Investitionen der öffentlichen Rechtsträger, der Landeskrankenanstalten GmbHs, Investitionen des privaten Sektors und des Non-profit-Sektors und Rettungsdienste
<ul style="list-style-type: none"> ○ Laufende Transfers an private Haushalte, Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Laufende Transfers an private Haushalte, Gesundheit

Vergleiche von Gesundheitsausgaben gestalten sich schwierig, da die zugrundeliegenden Datenbasen nur teilweise auch von einheitlichen Grundsätzen und Definitionen ausgehen bzw. ausgehen können. Für die Zukunft besteht jedoch Anlass zu vorsichtigem Optimismus, da Bemühungen, zu besser vergleichbarem Datenmaterial zu kommen, sowohl im Rahmen der OECD als auch seit kürzerer Zeit im Rahmen der Europäischen Union unternommen werden. Auch die Annäherung zwischen OECD und WHO Daten deutet in diese Richtung. Das Projekt *EUCOMP – Towards comparable health care data in the European Union*²⁴ bildet aber erst die Vorbereitungsarbeit für eine EU-weit einheitliche Datengrundlage, sodass bis auf weiteres von EUROSTAT, dem statistischen Amt der Union, noch nicht mit verbesserten Daten für den gesamten Gesundheitsbereich gerechnet werden kann. Eine Ausnahme bilden hier jene Gesundheitsdaten (wie eben auch Gesundheitsausgaben), die im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erhoben werden. Da in diesem Bereich die Anwendung der neuen Systematik seit 1999 verpflichtend vorgeschrieben ist, kann eine bessere Vergleichbarkeit der Daten erwartet werden.

²⁴ Vgl. <http://europa.eu.int/comm/dg24/health/ph/programmes/monitor/page7.html>

Anhang

Konjunkturprognose

Nach den aktuellen Prognosen wird sich das reale Wirtschaftswachstum in Österreich nach einem Wert von 2,1 Prozent (1999) beschleunigen, laut IHS-Prognose²⁵ auf 2,5 Prozent (2000) und weiter auf 2,7 Prozent (2001) bzw. laut Europäischer Kommission²⁶ auf 2,8 Prozent (2000) und auf 2,6% (2001). Für die Anzahl der Erwerbstätigen wird ein weiterer moderater Anstieg erwartet, wobei allerdings bereits 1999 das größte Wachstum gegenüber dem Vorjahr erreicht worden sein dürfte. Nach einigen Jahren mit steigender Arbeitslosigkeit dürfte die Arbeitslosenrate die 1999 begonnene Tendenz zum Rückgang auch in den nächsten beiden Jahren fortsetzen. Für das 1999 eher verhaltene Wachstum der Arbeitsproduktivität werden für 2000 und 2001 wieder Werte von über 2 Prozent prognostiziert, was zwar gegenüber 1999 fast einer Verdoppelung entspräche, aber durchaus vergleichbar mit Werten der Vergangenheit ist. Angesichts der sich belebenden Konjunktur wie auch des gestiegenen Ölpreises rechnen die Prognostiker damit, dass sich das Preiswachstum auf gut 1 Prozent beschleunigen wird. Da die Prognoserechnungen aus dem Dezember 1999 und somit von einem Zeitpunkt stammen, als weder Informationen über die neue österreichische Regierungskoalition noch über die internationalen Reaktionen darauf vorlagen, ist davon auszugehen, dass die unter diesen Voraussetzungen geschätzten Werte noch ein zu positives Bild zeichnen.

Gemessen an der Entwicklung der Europäischen Union dürfte die österreichische Konjunktur nach Ansicht der EU-Prognostiker somit etwas verhaltener ausfallen. Dies spiegelt sich einem niedrigeren Wachstum des Bruttoinlandsprodukts ebenso nieder wie in einem geringeren Preisauftrieb. Die Beschäftigung dürfte in Österreich zwar ebenfalls schwächer expandieren als in anderen europäischen Ländern, die Arbeitslosenquote nach EU-Definition wird in Österreich voraussichtlich jedoch weiterhin unter der Hälfte des europäischen Vergleichswertes und auf vergleichbarem Niveau mit den USA liegen.

Als Sorgenkind der österreichischen Konjunkturaussichten muss das Budgetdefizit betrachtet werden. Während für EU-15 und EU-11 von einer weiterhin sinkenden Tendenz ausgegangen wird, erwarten die Prognostiker für Österreich sowohl für 2000 als auch für 2001 ein höheres

²⁵ Institut für Höhere Studien, Prognose der österreichischen Wirtschaft 1999/2000, Oktober 1999.

²⁶ Europäische Wirtschaft, Europäische Kommission Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Beiheft A Wirtschaftsanalysen Nr. 10/11- Oktober/November 1999

prozentuelles Finanzierungsdefizit des Gesamtstaates, das überdies auf doppelt so hohem Niveau wie im Durchschnitt der EU-11 liegt.

Tabelle A1: WIRTSCHAFTLICHE VORAUSSCHÄTZUNG (Herbst 1999)

Bruttoinlandsprodukt, zu konstanten Preisen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	1,2	2,9	2,1	2,8	2,6
EU-15	2,5	2,6	2,1	3,0	3,0
EU-11	2,3	2,7	2,1	2,9	2,9
USA	4,5	4,3	3,8	2,8	2,5
Inflation, jährliche Veränderung in Prozent, harmonisierter Verbraucherpreisindex					
Österreich	1,2	0,8	0,5	1,1	1,0
EU-15 ¹	1,7	1,3	1,2	1,5	1,6
EU-11 ¹	1,6	1,2	1,2	1,5	1,5
USA					
Arbeitsproduktivität (Reales BIP pro erwerbstätige Person) (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
Österreich	0,7	1,9	1,1	2,1	2,1
EU-15	1,7	1,3	0,9	1,8	1,9
EU-11	1,6	1,4	1,0	1,7	1,8
USA	2,2	2,8	2,1	1,6	1,5
Zahl der Erwerbstätigen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)					
Österreich	0,5	0,9	1,0	0,6	0,5
EU-15	0,8	1,3	1,2	1,2	1,1
EU-11	0,7	1,3	1,2	1,1	1,1
USA	2,3	1,5	1,7	1,2	1,0
Zahl der Arbeitslosen (in Prozent der zivilen Erwerbsbevölkerung) ²					
Österreich	4,4	4,7	4,2	3,9	3,8
EU-15	10,6	9,9	9,2	8,6	8,0
EU-11	11,5	10,8	10,0	9,4	8,8
USA	4,9	4,5	4,2	4,4	4,7
Finanzierungsüberschuss/-defizit des Gesamtstaates (in Prozent des BIP)					
Österreich	-1,9	-2,4	-2,2	-2,6	-2,4
EU-15	-2,4	-1,5	-1,0	-0,6	-0,3
EU-11	-2,6	-2,0	-1,6	-1,2	-0,9
USA	0,1	1,4	2,2	2,6	2,5

1 Reale jährliche Veränderung in Prozent; 2 Unter Berücksichtigung der Definition von Eurostat auf der Grundlage der Arbeitskräfteerhebung.

Quelle: Europäische Wirtschaft, Europäische Kommission Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Beiheft A Wirtschaftsanalysen Nr. 10/11- Oktober/November 1999.

Tabelle A2		BRUTTOINLANDSPRODUKT PRO KOPF																	
		US-Dollar, Kaufkraftparitäten									EU-15=100								
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Österreich		16736	17553	18665	19171	20034	21036	22127	23080	23910	106	109	109	112	111	111	112	112	116
Belgien		16669	17532	19048	19688	20595	21575	22207	23244	24486	105	109	111	115	114	113	113	113	119
Dänemark		17100	18127	18765	19735	21302	22945	24338	25513	26309	108	112	110	115	118	121	123	124	128
Deutschland		18351	17070	18454	18558	19747	20871	21194	22081	22980	116	106	108	108	110	110	108	107	112
Finnland		16203	15493	14892	15636	16330	18276	19016	20479	24916	102	96	87	91	91	96	96	100	121
Frankreich		17358	18244	19003	18684	19279	20306	20523	21294	22441	109	113	111	109	107	107	104	104	109
Griechenland		9187	9828	10691	11046	11724	12613	13253	13912	12900	58	61	63	64	65	66	67	68	63
Großbritannien		15907	15512	16600	16881	17558	18136	19644	20430	21646	100	96	97	98	98	95	100	99	105
Irland		11388	12155	13551	14177	15895	17761	18528	20445	23415	72	75	79	83	88	93	94	99	114
Italien		16257	17197	18117	17717	18681	19872	20616	21265	22000	102	107	106	103	104	104	105	103	107
Luxemburg		22809	24376	26551	28176	30170	31854	31805	33119	n.v.	144	151	155	164	168	167	161	161	
Niederlande		15926	16515	17422	17854	18836	20283	21073	22639	23080	100	102	102	104	105	107	107	110	112
Portugal		9600	10428	11191	11651	12508	13344	13815	14562	15496	61	65	66	68	70	70	70	71	75
Schweden		17011	16851	16925	16824	17543	19117	19720	20429	22161	107	104	99	98	98	100	100	99	108
Spanien		11787	12785	13203	13333	13645	14521	15183	15990	17545	74	79	77	78	76	76	77	78	85
EU15 [§]		15862	16138	17085	17155	17991	19029	19712	20561	21603	100	100	100	100	100	100	100	100	101
EU11 [§]		16045	16435	17389	17394	18259	19368	19875	20742	21806	101	102	102	101	101	102	101	101	106
Schweiz		21223	22003	23055	23670	24251	25557	25160	26007	26577	134	136	135	138	135	134	128	126	129
Vereinigte Staaten		22224	22605	23600	24568	25790	26745	27936	29401	32409	140	140	138	143	143	141	142	143	158
Estland		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.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen		n.v.	n.v.	5000	5300	5900	6600	7300	7900	8400	n.v.	n.v.	29	31	33	35	37	38	41
Slowenien		n.v.	n.v.	10300	10900	11800	12500	13200	14100	14900	n.v.	n.v.	60	64	66	66	67	69	72
Tschechien		n.v.	n.v.	9900	10400	11300	12400	13000	13400	13500	n.v.	n.v.	58	61	63	65	66	65	66
Ungarn		n.v.	n.v.	7500	8000	8500	8900	9300	10000	10600	n.v.	n.v.	44	47	47	47	47	49	52
MOEL-5 [§]		n.v.	n.v.	6425	6800	7442	8156	8788	9378	9824	n.v.	n.v.	38	40	41	43	45	46	48

§ Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

OECD Health Data 99, WHO Health For All, Februar 2000, IHS HealthEcon 2000, BIP 1998 für EU -Staaten aus DATASTREAM, für MOEL: Berechnungen des tschechischen Finanzministeriums basierend auf dem 1996 United Nations Comparison Project on Purchasing Power Parities.

HEALTH SYSTEM WATCH 1/2000

Tabelle A3	GESUNDHEITSAUSGABEN PRO KOPF																
	US-Dollar, Kaufkraftparitäten								EU-15=100								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Österreich	1205	1270	1427	1544	1613	1675	1773	1905		97	95	97	103	104	102	103	108
Belgien	1247	1381	1518	1600	1656	1698	1725	1768		100	103	103	107	106	103	100	100
Dänemark	1424	1486	1548	1681	1765	1855	1973	2042		114	111	105	112	113	113	115	115
Deutschland	1602	1600	1829	1839	1973	2178	2288	2364		128	120	124	123	127	132	133	133
Finnland	1292	1412	1386	1332	1295	1414	1486	1525		104	106	94	89	83	86	86	86
Frankreich	1539	1656	1783	1834	1869	1984	2005	2047		123	124	121	123	120	121	117	116
Griechenland	702	772	886	917	978	1054	1113	1196		56	58	60	61	63	64	65	68
Großbritannien	955	1006	1151	1165	1213	1253	1358	1391		77	75	78	78	78	76	79	79
Irland	759	856	1013	1050	1156	1246	1189	1293		61	64	69	70	74	76	69	73
Italien	1321	1449	1541	1515	1562	1534	1615	1613		106	109	105	101	100	93	94	91
Luxemburg	1495	1575	1745	1891	1956	2120	2147	2303		120	118	119	126	126	129	125	130
Niederlande	1326	1417	1536	1599	1653	1777	1832	1933		106	106	104	107	106	108	106	109
Portugal	614	731	807	875	941	1046	1086	1148		49	55	55	59	60	64	63	65
Schweden	1492	1458	1497	1504	1533	1623	1701	1762		120	109	102	101	98	99	99	99
Spanien	815	900	975	1010	1015	1063	1122	1183		65	67	66	68	65	65	65	67
EU15 [§]	1248	1335	1471	1495	1557	1646	1720	1771		100	100	100	100	100	100	100	100
EU11 [§]	1321	1416	1555	1580	1645	1744	1812	1865		106	106	106	106	106	106	105	105
Schweiz	1760	1958	2136	2214	2294	2464	2548	2611		141	147	145	148	147	150	148	147
Vereinigte Staaten	2798	3035	3275	3481	3636	3776	3926	4095		224	227	223	233	234	229	228	231
Estland	538	480	482	675	735	749	687	798		43	36	33	45	47	46	40	45
Polen	216	229	265	261	239	296	338	386		17	17	18	17	15	18	20	22
Slowenien	311	311	449	654	743	856	976	1097		25	23	30	44	48	52	57	62
Tschechien	575	501	530	748	805	898	918	943		46	38	36	50	52	55	53	53
Ungarn	510	488	554	541	606	625	611	642		41	37	38	36	39	38	36	36
MOEL-5 [§]	336	326	368	410	420	478	507	551		27	24	25	27	27	29	29	31

[§] Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt
 OECD Health Data 99, WHO Health For All, Februar 2000, IHS HealthEcon 2000

Tabelle A4	ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSAUSGABEN																
	in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								EU-15=100								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Österreich	73,5	73,4	73,5	74,2	74,4	73,9	73,5	73,0		95	94	94	96	97	97	96	96
Belgien	88,9	88,1	88,9	88,9	87,9	87,8	87,7	87,6		114	113	114	115	115	115	115	115
Dänemark	83,7	84,6	84,6	84,2	83,8	83,7	83,8	83,8		108	108	109	109	109	110	110	110
Deutschland	76,2	78,1	78,4	77,5	77,5	78,1	78,3	77,1		98	100	101	100	101	102	103	102
Finnland	80,9	81,1	79,6	76,1	75,5	75,5	75,9	76,0		104	104	102	98	99	99	99	100
Frankreich	74,5	74,5	74,8	74,4	74,0	74,3	74,4	74,2		96	95	96	96	97	97	97	98
Griechenland	62,7	61,1	58,7	58,2	58,8	58,7	58,7	57,7		81	78	75	75	77	77	77	76
Großbritannien	84,1	83,7	84,5	84,8	84,1	84,4	84,5	84,6		108	107	108	110	110	110	111	112
Irland	72,9	74,4	73,0	74,1	73,1	74,2	74,5	76,7		94	95	94	96	95	97	98	101
Italien	78,1	78,4	76,3	73,1	70,6	69,3	69,8	69,9		100	100	98	95	92	91	91	92
Luxemburg	93,1	93,0	92,8	92,9	91,8	92,8	92,6	91,8		120	119	119	120	120	121	121	121
Niederlande	72,7	74,1	77,5	78,3	77,5	76,9	71,5	72,6	73,7	93	95	99	101	101	101	94	96
Portugal	65,5	62,8	59,6	63,0	63,4	60,5	59,8	60,0		84	80	77	81	83	79	78	79
Schweden	89,9	88,2	87,2	85,7	84,6	83,4	83,0	83,3		116	113	112	111	110	109	109	110
Spanien	78,7	78,9	78,9	79,7	78,8	78,3	78,5	76,1		101	101	101	103	103	102	103	100
EU15 [§]	77,8	78,0	77,9	77,3	76,6	76,4	76,3	75,9		100	100	100	100	100	100	100	100
EU11 [§]	76,5	77,1	76,8	76,1	75,3	75,1	75,0	74,4		98	99	99	98	98	98	98	98
Schweiz	68,4	68,6	70,1	71,8	72,1	72,3	70,0	69,9		88	88	90	93	94	95	92	92
Vereinigte Staaten	40,5	41,5	42,2	42,9	44,6	45,8	46,2	46,4		52	53	54	55	58	60	61	61
Estland							88,0	87,0	87,0	0	0	0	0	0	0	115	115
Polen	100,0	97,4	95,6	95,7	93,5	93,1	92,7	90,4		129	125	123	124	122	122	121	119
Slowenien	100,0	100,0	100,0	93,0	91,0	89,7	89,1	88,3	88,0	129	128	128	120	119	117	117	116
Tschechien	96,2	96,7	95,4	94,8	93,9	92,7	92,5	91,7	91,9	124	124	122	123	123	121	121	121
Ungarn	100,0	100,0	91,9	71,1	71,7	69,8	69,3	69,1		129	128	118	92	94	91	91	91
MOEL-5 [§]	97	95	93	89	88	87	89	87		125	122	119	115	114	114	116	115

§ Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

WHO Health For All, Februar 2000, OECD Health Data 99, IHS HealthEcon 2000

