



Health System Watch



Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU: Ist Marktversagen kuriert?

Schwerpunktthema: Wie globalisiert sind Gesundheitsreformen?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling *

Ist Marktversagen kuriert?

Bei der Bestimmung der Determinanten der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der EU finden wir Hinweise auf Marktversagen in den „neuen“ EU-Ländern: Hohe Ärztedichte geht – bereinigt um Einkommen und der unterschiedlichen Ausgangslage in den Beitrittsländern – mit hoher Inanspruchnahme einher. Dieser Zusammenhang kann für die „alten“ EU-Länder nicht nachgewiesen werden. Andere Einflussgrößen verändern dieses Ergebnis nicht. Wir gehen davon aus, dass in den „neuen“ EU-Ländern die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht gesundheitsrelevant befriedigt ist. In Verbindung mit knappen Budgets und trotz der üblichen Praxis von „Erkennlichkeitszahlungen“ für Anbieter scheint die Produktivität der ÄrztInnen nicht sehr hoch zu sein, zumal der Gesundheitszustand der Bevölkerungen nach wie vor hinter jenem „im Westen“ nachhinkt. Allerdings trägt hierzu auch das deutlich niedrigere Wohlstandsniveau bei. Deshalb müssen auch die vorliegenden Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Wie globalisiert sind Gesundheitsreformen?

Reformen in den wichtigsten Industrieländern konzentrieren sich in den 90er Jahren auf die Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit. Selbstbehalte, leistungsorientierte Bezahlungsformen und Budgets wurden hierfür eingesetzt. Diese Reformen wurden meist flankiert von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Auffällig ist jedoch auch das Spannungsfeld zwischen Kostendämpfungsmaßnahmen und verbessertem Zugang zur Versorgung wie dies in den USA und im Vereinigten Königreich erfolgte, indem mehr Mittel zur Verfügung gestellt wurden. Mit Budgets konnte – zumindest kurzfristig – eine Kostendämpfung erreicht werden; allerdings zeigt sich im Fall von Japan, dass auch eine konsequent verfolgte Verhandlungsstrategie die Preis- und Mengenentwicklung steuern kann. Österreichische Reformbemühungen bewegten sich im internationalen Trend, ihre Wirkungen sind aber nicht zuletzt durch fehlende Transparenz in der Datenlage schwer identifizierbar.

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

Ist Markt-
versagen
kuriert?

Wie glo-
balisiert sind
Gesundheits-
reformen?





Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU: Ist Marktversagen kuriert?

Ziel der vorliegenden Analyse ist es, Bestimmungsfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der EU zu identifizieren. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise, dass die Ärztedichte die Nachfrage beeinflusst. Diese Beobachtung konnte z. B. für den Markt von chirurgischen Leistungen gemacht werden¹⁾: Eine 10%ige Erhöhung der Chirurgendichte führte – ceteris paribus – zu einer Zunahme der Operationshäufigkeit um 0,9 Prozent und zu einer Steigerung des Preises pro Operation um 9 Prozent. Eine jüngere Untersuchung zeigt, dass die Abnahme der Geburtenraten mit einer signifikant steigenden Zahl von Kaiserschnittgeburten, die deutlich höher honoriert waren, einherging.²⁾ Der Zusammenhang zwischen der Zahl der ÄrztInnen und der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gilt als Nachweis, dass ÄrztInnen in der Lage sind, die Nachfrage zu beeinflussen. Dahinter steht die in manchen Ländern empirisch gesicherte Beobachtung, dass im Gegensatz zu einem normalen Wettbewerbsmarkt, in dem ja bei einer Erhöhung des Angebotes Preissenkungen eintreten, eine steigende Anzahl von ÄrztInnen zu höheren Preisen bzw. vermehrter Inanspruchnahme von Leistungen führt. Dieses Phänomen ist eine Form von Marktversagen. Empirische Untersuchungen für Deutschland zeichnen jedoch kein eindeutiges Bild.³⁾ So mussten beispielsweise Cassel und Wilke⁴⁾ auf der Basis des Europäischen Haushaltspanels für die Jahre 1994-1996 die Hypothese angebotsinduzierter Nachfrage im ambulanten Gesundheitssektor ablehnen. Die Autoren schließen daraus, dass die Nachfrage rationiert ist. Insgesamt können wir jedoch mit einiger Gewissheit davon ausgehen, dass die Erhöhung des Angebotes an ÄrztInnen mit höheren Ausgaben einhergeht. In welchem Umfang sich dies jedoch auf die Wohlfahrt auswirkt hängt davon ab, ob die Erhöhung der Leistungen auf eine bessere Befriedigung der Nachfrage oder eine vermehrte künstliche Nachfragebeschaffung zurück zu führen ist.⁵⁾

Methode und Daten

Methode und Daten

In der vorliegenden Regressionsanalyse verwenden wir die durchschnittliche Arztkontakthäufigkeit pro Kopf und Jahr in 20 EU-Ländern (12 „alte“ und 8 „neue“ EU-Länder) als zu erklärende Variable und messen damit die Nachfrage im Jahr 2002.⁶⁾ Wir ziehen diese Kennzahl heran, weil sie im Gegensatz zu den Kosten in den internationalen Datenbanken recht gut verfügbar ist. Weiters beschränken wir uns auf einen Zeitvergleich, da die Kontakthäufigkeit in den letzten zehn Jahren in fast allen Ländern einigermaßen konstant blieb.

Die durchschnittliche Arztkontakthäufigkeit pro Person und Jahr ist 2002 im Ländersample der Beitrittsländer um rund drei Kontakte höher als im Durchschnitt der „alten“ EU12-Länder. Die Variation innerhalb der „alten“ EU-Staaten ist deutlich geringer, was darauf zurückzuführen ist, dass die Beitrittsländer Slowakei, Tschechien und Ungarn im Vergleich zu anderen Neuanrückömmlingen eine sehr hohe Arztkontakthäufigkeit von über zehn Kontakten pro Person und Jahr haben (vgl. auch Tabelle A4). Im Vergleich zu 1990 ist die durchschnittliche Kontakthäufigkeit in den Beitrittsländern leicht gesunken (9,6 auf 8,8) bzw. innerhalb der „alten“ EU12 leicht gestiegen (5,6 auf 5,8).

1) Cromwell J, Mitchell JB: Physician-Induced Demand for Surgery. In: Journal of Health Economics 1986, 5, 293-313, oder Grytten J, Holst D, Laake P: Supplier Inducement: Its Effect on Dental Services in Norway. In: Journal of Health Economics 1990, 9, 483-491; beide in Gruber J, Owings M: Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery, NBER Working Paper series, No. 4933, 1994.

2) Gruber J, Owings M: Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery, NBER Working Paper series, No. 4933, 1994.

3) Für eine Übersicht siehe: Kern AO: Arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung, 2002, <http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/225.pdf>

4) Cassel D, Wilke K: Das Say'sche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten, Dortmund, 2000.

5) Neudeck W: Das österreichische Gesundheitssystem. Eine ökonomische Analyse, Wien, Manz 2002, S. 105ff.

6) logarithmische Spezifikation des Modells: $\ln y = \alpha + \ln x_1 \beta_1 + \ln x_2 \beta_2 + \varepsilon$





Die Länder der „alten“ EU haben im Durchschnitt eine um rund 15 Prozent höhere Ärztedichte als die neu beigetretenen Staaten. Die stärkere Streuung der EU12 kann durch die überaus hohe Dichte von Italien und die vergleichsweise „dünne“ des Vereinigten Königreichs erklärt werden. Die gegen Ausreißer robusteren Mediane der Ärztedichte beider Ländersamples liegen näher zusammen. Im Zeitvergleich zeigt sich, dass die Ärztedichte in den EU-Staaten in den 90ern deutlich gestiegen ist (280,4 auf 350,9 pro 100.000 EinwohnerInnen). In den Beitrittsländern fiel der Anstieg weniger deutlich aus (302,9 auf 305,7 pro 100.000 EinwohnerInnen).

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken, 2002

		Beitritt8*	EU12**	EU20
Arztkontakte pro Person und Jahr	Mittelwert	8,8	5,8	7,0
	Median	6,4	6,1	6,4
	Standardabweichung	4,2	1,6	3,2
	Minimum	4,6	2,8	2,8
	Maximum	14,8	8,7	14,8
ÄrztInnen pro 100.000 EW	Mittelwert	305,7	350,9	332,8
	Median	313,9	332,0	322,4
	Standardabweichung	59,2	97,4	85,5
	Minimum	224,1	200,0	200,0
	Maximum	399,4	606,7	606,7
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US\$, PPP	Mittelwert	11.513	25.982	20.195
	Median	11.038	26.392	23.673
	Standardabweichung	3.691	3.371	8.031
	Minimum	7.045	17.560	7.045
	Maximum	17.367	29.391	29.391

* ohne Malta und Zypern

** ohne Griechenland, Irland und Luxemburg

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen der Ländergruppen unterscheidet sich deutlich. In den „neuen“ Ländern erreicht das Bruttoinlandsprodukt nicht einmal die Hälfte des EU12-Vergleichswertes und es variiert auch innerhalb der „alten“ EU weniger. Das durchschnittliche Wachstum der Beitrittsländer und jenes der „alten“ EU-Staaten verhält sich für die betrachteten Samples recht ähnlich, wobei sich Unterschiede in der Dynamik erst gegen Ende der 90er Jahre zeigen.⁷⁾

Hypothesen

Die Analyse verwendet als erklärende Variable der Inanspruchnahme neben der Ärztedichte das Einkommen, gemessen am Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt eines Landes. Wir erwarten einen positiven Zusammenhang: ist das Einkommen hoch, erhöht dies die Kontakthäufigkeit. Dies ist plausibel, zumal bei hohem Einkommen die Bereitschaft größer ist, ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen bzw. auch leichtere Krankheiten von ÄrztInnen behandeln zu lassen. In vielen Studien zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Einkommen und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.⁸⁾

Für den Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Nachfrage erwarten wir ebenso einen positiven Zusammenhang: ist die Ärztedichte hoch, steigt die Inanspruchnahme. Aus der Diagnose der verfügbaren Daten zeigte sich, dass insbesondere in Ungarn, in Tschechien und in der Slowakei die Nachfrage nach Leistungen deutlich über dem EU-Mittel liegt. Um etwaige „Kultur-

Hypothesen

7) Hofmarcher MM, Riedel M, Röhring G: Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung? Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?, Health System Watch I/2004.

8) Z. B. Kopetsch T, Rauscher M: Zur Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen – eine Analyse von Querschnittsdaten. Köln, Rostock 2001.



unterschiede“ zwischen der „neuen“ und der „alten“ EU festzustellen, bilden wir eine Strukturkomponente in Form einer Dummy-Variable. Wir erwarten für diese Variable einen positiven Zusammenhang mit der Nachfrage: die Nachfrage in den „neuen“ EU Ländern übersteigt jene in der „alten“ EU.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt freilich auch in einem hohen Maß von verschiedenen soziodemographischen Bedingungen einschließlich der Mortalität ab. In einer Analyse der Bestimmungsfaktoren der österreichischen Gesundheitsausgaben konnte beispielsweise gezeigt werden, dass der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen signifikant mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben assoziiert ist.⁹⁾ Eine neuere Untersuchung, die darauf abstellte, regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme und der Mortalität von Weißen der Altersgruppe 65–84 zu analysieren, zeigt, dass die Nachfrage stark mit der Mortalität assoziiert ist und diese wiederum positiv korreliert ist mit Zigarettenkonsum, Fettleibigkeit, Umweltverschmutzung und dem Anteil der Schwarzen in einer Region. Die Nachfrage in Ballungsräumen, wo mehr als 500.000 Personen leben, ist signifikant höher.¹⁰⁾

Das verfügbare Angebot an Versorgungseinrichtungen in einem Land kann den Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit und Ärztedichte beeinflussen. Darüber hinaus können strukturelle Merkmale, wie beispielsweise die Organisation und Leistungsbereitstellung (National Health Service (NHS) oder Sozialversicherungssystem) bzw. eine starke Kontrolle des Ressourcenverbrauches („Gate-Keeper“) einen Einfluss auf die Inanspruchnahme ausüben.

Tabelle 2: Ergebnisse der Regressionsanalyse

	EU20										Beitritt8	
	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	MB1	MB2	
Konstante	-10,145**	-14,615	-7,202	-10,193**	-11,602*	-9,461*	-9,611*	-11,197	-7,399	-17,711**	-38,910**	
ÄrztInnendichte pro 100.000 EinwohnerInnen	0,586*	0,591*	0,705*	0,587*	0,576*	0,545	0,545	0,554**	0,588*	1,588**	1,132*	
Bruttoinlandsprodukt pro 100.000 EinwohnerInnen, US\$, PPP	0,831**	0,882**	0,766**	0,826*	0,947*	0,790**	0,805**	0,942**	0,891**	1,153**	1,275**	
Dummyvariable: Beitrittsland=1	1,148**	1,074**	0,979**	1,142**	1,141**	1,101**	1,094**	1,217	1,047**			
Standardisierte Sterberate 65+		0,468									2,623*	
Anteil der über 65-Jährigen			-1,075									
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % der gesamten GA				0,023								
Reduktion der Lebenserwartung durch Tod vor 65					0,225							
Dummyvariable: Gatekeeping-System=1						-0,052						
Dummyvariable: National Health Service=1							-0,054					
Krankenhäuser pro 100.000 EinwohnerInnen								0,124				
Lebenserwartung mit 65 Jahren									-1,162			
Adjusted R ²	0,384	0,355	0,404	0,343	0,348	0,347	0,345	0,373	0,360	0,682	0,804	

M = Modell, MB = Modellbeitritt

* signifikant auf einem Niveau von 10 Prozent

** signifikant auf einem Niveau von 5 Prozent

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Um keine wichtigen Bestimmungsgrößen zu übersehen, erweiterten wir schrittweise unsere Schätzungen (siehe Tabelle 2). Allerdings lieferten im EU-20-Länderquerschnitt weder die Mor-

9) Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G: Is health care expenditure susceptible to health policy? An econometric evaluation of determinants of Austrian health care expenditures. Proceedings to the European Health Forum Gastein 2003, to be published.

10) Fuchs V, McClellan M, Skinner J: Area Differences in Utilization of Medical Care and Mortality among U.S. Elderly, NBER Working Paper No. 8628, National Bureau of Economic Research, Cambridge, December 2001.





talität, die Morbidität, noch die Betten- bzw. Krankenhausdichte, aber auch die Strukturvariablen keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, von denen wir eine positive Beziehung mit der Kontakthäufigkeit erwartet hatten, liefern keinen signifikanten Erklärungsbeitrag. Nachdem die Gesundheitsausgaben stark von der Höhe der Wirtschaftsleistung abhängen, gehen wir davon aus, dass das Einkommen diese Effekte „abgefangen“ hat.

Der positive Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und Ärztedichte ist nur in den „neuen“ EU-Ländern robust ...

Die Ärztedichte, das Einkommen und die „neuen“ EU-Länder sind erwartungsgemäß jene Faktoren, die signifikant positiv mit der Kontakthäufigkeit assoziiert sind und die etwa 40 Prozent der Streuung der Nachfrage erklären. Das Hinzunehmen weiterer Einflussgrößen verändert dieses Ergebnis nicht. Bereinigt um das Pro-Kopf-Einkommen und um den Einfluss, den die „neuen“ EU-Staaten ausüben, führt eine 1%ige Erhöhung der Ärztedichte in der EU20 zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme von 0,6 Prozent. Das Einkommen ist, wie erwartet, ebenso mit der Nachfrage korreliert: steigt es um 1 Prozent, steigt die Kontakthäufigkeit um 0,8 Prozent (siehe Tabelle 2). Die Dummy-Variable „Beitrittsland“ hat gleichfalls das erwartete Vorzeichen und ist stark: der Effekt der „neuen“ EU-Staaten zeigt, dass in den „neuen“ EU-Ländern die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen um etwa drei Kontakte pro Kopf und Jahr höher ist. Falls in Europa die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vollständig befriedigt ist, würden die vorliegenden Ergebnisse darauf hinweisen, dass es ein EU-weites Marktversagen gibt, weil eine höhere Anzahl von ÄrztInnen zu höherer Nachfrage führt. Aus Tabelle 2 ist jedoch deutlich ersichtlich, dass der positive Zusammenhang der Ärztedichte mit der Kontakthäufigkeit in den „neuen“ EU-Ländern besonders ausgeprägt (vgl. Modell MB1) ist und wahrscheinlich die Gesamtschätzung dominiert. Dies umso mehr, als es in der „alten“ EU faktisch keinen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen Versorgungsdichte und Nachfrage gibt. Das ist nicht weiters verwunderlich, zumal die Streuung der Arztkontakthäufigkeit in der „alten“ EU vergleichsweise sehr klein ist.

... deren Versorgungsstrukturen insgesamt wohl noch nicht sehr effizient sind.

Obwohl wir für die „neuen“ EU-Länder deutliche Hinweise finden, dass die Elastizität der Inanspruchnahme stark positiv mit der Ärztedichte korreliert ist, gibt es einige Hinweise dafür, dass dies keine künstliche Nachfragebeschaffung ist. Vielmehr gehen wir davon aus, dass die starke Nachfrage in den „neuen“ EU Ländern nicht im gesundheitsrelevanten Sinn befriedigt ist. Erstens ist nach wie vor die Mortalität und die Morbidität in den „neuen“ EU-Ländern deutlich höher als in der „alten“ EU. So liegt das Niveau der vorzeitigen Sterblichkeit im Jahr 2002 knapp über 40 Prozent des EU12-Durchschnitts. In der Literatur gibt es Hinweise, dass steigende Ärztedichte mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes einhergeht.¹¹⁾ Die Ärztedichte ist in den Beitrittsländern in der letzten Dekade nicht sehr stark gestiegen. Aber das Niveau lag Anfang der 90er Jahre über jenem der EU12 und im Jahr 2002 knapp darunter. Wir gehen davon aus, dass sich die Produktivität der ÄrztInnen in den „neuen“ EU-Ländern verbessert hat, aber noch nicht jene der alten EU-Länder erreicht. Für eine fundierte Analyse müssten allerdings noch weitere Umwelt- und Wohlfaktoren berücksichtigt werden.

Im Zusammenhang mit der geringeren Produktivität der ÄrztInnen in den Beitrittsländern deutet zweitens das Ausgabenniveau für haus- und fachärztliche Versorgung darauf hin, dass bislang offenbar noch nicht die geeigneten Anreize für die Anbieter gesetzt sind, dazu beizutragen, den Gesundheitszustand zu verbessern. So geben Beitrittsländer bis zu vier Mal soviel für Arz-

Der positive Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und Ärztedichte ist nur in den „neuen“ EU-Ländern robust ...

... deren Versorgungsstrukturen insgesamt wohl noch nicht sehr effizient sind.

11) Or Z: Exploring the effects of health care on mortality across OECD Countries, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No 46, OECD Paris, 2000. OECD: Human Resources For Health Care: A Progress Report, OECD Paris, December 2003.



neimittel und Krankenhäuser aus als für haus- und fachärztliche Versorgung.¹²⁾ Das korrespondierende Verhältnis in „alten“ EU-Ländern liegt in der Größenordnung 1:1, beispielsweise in Österreich 16 (Arzneimittel) zu 21 (Ärzte) oder in Deutschland 14 zu 12, vgl. Tabellen A2 und A3. Abgesehen davon, dass die relativen Preise der Arzneimittelversorgung in den „neuen“ EU-Ländern deutlich höher sind als „im Westen“, was zur überproportionalen Bindung der knappen Geldmittel in diesem Sektor führt, dürfte auch die übliche Praxis der „Erkenntlichkeitszahlungen“ die Produktivität der Beschäftigten nicht sehr erhöhen.

Diese „Einkommensaufbesserung“ scheint drittens mit einem gesamtgesellschaftlichen Konsens einherzugehen, dass „Erkenntlichkeitszahlungen“ notwendig sind. Das könnte zur Konsequenz haben, dass neben den Budgetbeschränkungen, die ohnehin die Entwicklung im Gesundheitssektor dämpfen, die Löhne und Gehälter relativ noch niedriger „gehalten“ werden. Während beispielsweise in Ungarn zwischen 1995 und 1999 die Reallöhne für die Beschäftigten im öffentlichen Sektor um 10 Prozent gestiegen sind, war das Wachstum der Löhne und Gehälter von den Beschäftigten im Gesundheitsbereich deutlich niedriger.¹³⁾

Die Messung des Zusammenhanges zwischen der Produktivität der Anbieter in einem Gesundheitssystem und der Versorgungsdichte leidet nicht zuletzt immer stark darunter, ob und wie die Qualität der Versorgung mit berücksichtigt werden kann. Obwohl es einigermaßen gesicherte Hinweise dafür gibt, dass ÄrztInnen in der Lage sind, künstlich Nachfrage zu erzeugen, müssen auch die vorliegenden Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Dies umso mehr als der Spielraum, die Inanspruchnahme zu stimulieren, nicht sehr hoch zu sein scheint, zumal die Kontakthäufigkeit zwischen 1990 und 2002 in den „alten“ EU-Ländern ziemlich konstant ist und dies bei steigender Anbieterdichte.



12) *Colombo F, Tapay N*: The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges. OECD Health Working Papers No 11, Paris March 2004. *Hofmarcher MM, Lietz Ch*: Access to Pharmaceuticals in Transition Countries. In: *Davies H, Tavakoli M* (Ed): Health Care Policy, Performance and Finance, Ashgate 2004.

13) *Hofmarcher MM, Orosz E*: Resource Allocation and Purchasing in Hungary, Washington DC, The World Bank 2001.



Schwerpunktthema: Wie globalisiert sind Gesundheitsreformen?

In allen Industrieländern unterliegt das Gesundheitswesen regelmäßig Reformbemühungen. In dieser Ausgabe unterziehen wir die Reformschwerpunkte der G7-Länder in den 90er Jahren einer strukturierten Analyse, die sich auf die dreifache Zielsetzung im Gesundheitswesen bezieht: umfassender Zugang zu Leistungen, hohe Qualität und langfristige Finanzierbarkeit. Die G7-Länder werden einerseits herangezogen, weil das reiche Österreich am hohen Maßstab anderer reicher Industrieländer gemessen werden sollte. Andererseits soll diese Länderauswahl den Horizont über die EU-Länder hinaus erweitern, zumal sowohl Kanada als auch das Sozialversicherungsland Japan einige interessante Reformschritte gesetzt haben. Abschließend wird versucht, aus den internationalen Erfahrungen Lektionen für den österreichischen Reformprozess im Gesundheitswesen abzuleiten. In der nächsten Ausgabe des Health System Watch werden die Reformen im Bereich der Langzeitversorgung untersucht.

Typologie der Gesundheitsreformen in den G7-Ländern

Um Reformprozesse und Reformpotenziale im Gesundheitssektor darzustellen, und vor allem, um mögliche Reformoptionen für Österreich zu erfassen, verwenden wir eine Systematik, die auf zukünftige Herausforderungen abstellt. Dazu bedienen wir uns einer Matrix, die drei Zielbereiche umfasst und die zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung bzw. Bezahlung der Anbieter unterscheidet. Als weitere Dimension führen wir die institutionelle Ebene ein, zumal Reformen oft mit der Schaffung neuer Institutionen verknüpft sind.

Diese Vorgangsweise ermöglicht uns, die Hauptrichtungen der durchgeführten Reformen zu erfassen. Hierbei konzentrieren wir uns auf die letzte Dekade und die G7-Länder: USA, Kanada, Japan, Deutschland, Italien, Frankreich, Vereinigtes Königreich. In jenen Ländern werden etwa 75 Prozent der Wirtschaftsleistung des gesamten OECD-Raumes erzielt. Österreich gehört zu den reichsten Ländern der Welt. Gemessen am Pro-Kopf-Einkommen, liegt Österreich innerhalb der G7-Länder an dritter Stelle, nach den USA und nach Kanada.

Da die Wirtschaftsleistung eines Landes maßgeblich für das Versorgungsniveau und für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist, sind Reformen im Gesundheitssektor in Ländern mit vergleichbarem Niveau an Wirtschaftskraft am ehesten geeignet, Trends zu erkennen. Darüber hinaus bietet die systematisch erarbeitete Zusammenschau des Reformgeschehens die Möglichkeit, jene Maßnahmen zu identifizieren, die vergleichsweise wirksam waren.

In einer Mitteilung der Europäischen Kommission von 1999 über "Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes" wird konsequenterweise die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung als eines der Hauptziele einer verstärkten Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten ausgemacht.

Diese Initiative wurde vom Europäischen Rat im März 2000 in Lissabon gutgeheißen. Besonders betont wurde, dass die sozialen Sicherungssysteme modernisiert werden müssen, damit auch weiterhin eine gute Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden kann. Im Dezember 2001 formulierte die Kommission eine Mitteilung, in der die demographischen, technologischen und finanziellen Trends untersucht werden, welche die künftige Fähigkeit, hohe Sozialschutzstandards im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege auch in Zukunft aufrechtzuerhalten, gefährden könnten. Fazit des Berichts ist, dass die Systeme der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in der EU vor der Herausforderung stehen, drei Ziele gleichzeitig zu verwirklichen: umfassender Zugang zu Leistungen, hohe Qualität und langfristige Finanzierbarkeit.¹⁴⁾

14) Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht: Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzstandards, KOM (2002) 774, Brüssel 2003.

Typologie der
Gesundheits-
reformen in
den G7-Ländern





Haupt-richtungen der jüngeren Reformen in Industrieländern

Hauptrichtungen der jüngeren Reformen in Industrieländern

Tabelle 3 gibt einen Überblick, auf welche Bereiche sich die Reformtätigkeit der 90er Jahre in den einzelnen Ländern konzentriert hat.

Tabelle 3: Wesentliche Reformbereiche der 90er Jahre in den G7-Ländern

	Finanzierung (Mittelaufbringung)	Mittelverwendung, Bezahlung der Anbieter	Institutionelle Ebene
Zugang	Selbstbehalte (alle), Erhöhung der Gesundheitsausgaben (UK), Langzeitversorgung (D, F, J)		Langzeitversorgung (D, F, J), (De)Zentralisierung (I, CAN, UK)
Qualität		Stärkung der praktischen ÄrztInnen (GP) (UK)	Langzeitversorgung (D, F, J), Akutversorgung (UK, F, D,...), (De)Zentralisierung (I, CAN, UK)
Langfristige Finanzierbarkeit	Selbstbehalte (alle)	Spannen (D, J), Fallpauschalen (D, I, J), Budgets (D, F, I, CAN)	(De)Zentralisierung (I, CAN, UK), Bedarfsorientierte Planung (CAN)

Quelle: IHS HealthEcon 2004.

Reformen in den 90er Jahren, die den **Zugang zu Versorgung** betreffen:

- Das erklärte Ziel des Auf- und Ausbaus der Langzeitpflege war es, einen ähnlich guten und bevölkerungsumfassend organisierten Zugang zu schaffen, wie er für Akutbehandlungen in aller Regel bereits bestand. In manchen Ländern mussten die institutionellen Voraussetzungen hierzu aber erst geschaffen werden.
- Die in allen Ländern eingeführten oder verstärkt eingesetzten Selbstbehalte und Zuzahlungen führten in der öffentlichen Diskussion zur Frage, ob diese den Zugang zu „akuten“ Gesundheitsleistungen insbesondere für sozial schwächere Menschen (wieder) erschweren.
- In den USA stellte eine Reihe von Reformen darauf ab, den staatlichen wie den privaten Versicherungsschutz für akute Krankenbehandlung auszudehnen; insbesondere wurde mit dem State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ein spezielles Programm für arme Kinder geschaffen.
- Im Vereinigten Königreich beschloss die 1997 gewählte Labour-Regierung, die Gesundheitsausgaben (gemessen als BIP-Quote) auf den EU-Durchschnitt anzuheben. Die inzwischen beschlossenen Ausgabenerhöhungen könnten das Land sogar in das obere europäische Mittelfeld befördern. Auslöser für die beschlossenen Ausgabensteigerungen waren lange Wartezeiten auf Routineeingriffe, aber auch das Publikwerden qualitativer Mängel in der Gesundheitsversorgung; das Bewusstsein um veraltete Infrastruktur und unzureichende Ausstattung des Gesundheitswesens war freilich schon länger vorhanden gewesen.¹⁵⁾

Reformen in den 90er Jahren, die die **Qualität der Versorgung** betreffen:

- Sowohl im Bereich der akuten als auch in der Langzeitversorgung wurden in den meisten betrachteten Ländern Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gesetzt, allerdings eher in Form einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen denn als einzelne und somit leichter „greifbare“ Reform. Zu diesen Maßnahmen zählten Ausbildungsvorschriften für medizinisches und/oder pflegendes Personal, Behandlungsstandards und -richtlinien, sowie die Errichtung von Institutionen zur Pflege und Durchsetzung dieser Qualitätsstandards.

Der erklärte Reformschwerpunkt lag in den letzten Jahren aber auf der **Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit**.

- Einzelne Maßnahmen setzten hauptsächlich an der Mittelaufbringung an, wobei die Selbstbehalte eindeutig im Vordergrund standen – in allen analysierten Ländern wurden zusätzliche Selbstbeteiligungen eingeführt oder bestehende ausgeweitet.



15) Stevens S: Reform Strategies for the English NHS. In: Health Affairs 2004, 23:3, S. 37-44.



- Eine Reihe von Reformen versuchen über Anreizwirkungen im Bezahlungssystem der verschiedenen Anbieter, eine nachhaltige Finanzierung zu erreichen. Zu diesen Reformen zählen beispielsweise die Einführung von Fallpauschalen zur Krankenanstaltenfinanzierung, Budgets für Gruppen von Leistungserbringern und Spannen am Arzneimittelmarkt.
- In Kanada entwickelten einzelne Provinzen zum Teil sehr ehrgeizige Projekte für eine bedarfsorientierte Planung im Gesundheitswesen. Im Unterschied zum britischen Ansatz, in dem die bedarfsorientierte Planung allein zur finanziellen Ressourcenallokation eingesetzt wird, beziehen sich die Modelle einzelner kanadischer Provinzen auch auf Stellen- und Kapazitätspläne. Eine Anhebung der im OECD-Vergleich sehr niedrigen Zahl von ÄrztInnen und Pflegepersonen pro EinwohnerIn in Kanada dürfte die Hauptmotivation für die Planungsansätze darstellen, die ja bis zu Empfehlungen für Ausbildungskapazitäten reichen.¹⁶⁾

Einzelne Reformen in den 90er Jahren betreffen **alle drei Zielbereiche** (Zugang, Qualität, Nachhaltigkeit der Finanzierung):

- Im Vereinigten Königreich¹⁷⁾, in Kanada und in Italien¹⁸⁾ wurde in dem Sinne dezentralisiert, dass Planungs- und Gestaltungskompetenz im Gesundheitswesen auf die regionale Ebene verlagert und im Gegenzug einzelne Rahmenbedingung auf nationaler Ebene festgeschrieben wurden. Mit der Dezentralisierung waren meist auch regional zugeteilte Budgets verbunden, die im Falle Kanadas sukzessive verringert wurden. Mit der (De-)Zentralisierung wurde in der Regel ein ganzes Zielbündel verfolgt, da einerseits durch größere Bürgernähe Zugang und Qualität verbessert werden sollten, andererseits versprach man sich aus verringerten Doppelgleisigkeiten und Schnittstellenproblemen auch Effizienzverbesserungen. Im Zuge dieser Umorganisation erfuhren zudem die praktischen ÄrztInnen im Vereinigten Königreich eine Aufwertung – eine Zielsetzung, die zwar auch in anderen Ländern andiskutiert, aber selten so umfassend betrieben wird.
- Die wohl markanteste Änderung im US-amerikanischen Gesundheitswesen der letzten Jahre war die sogenannte „Managed Care Revolution“, die auch auf etliche andere Länder ausgestrahlt hat. Unter Managed Care wird eine Vielzahl von Maßnahmen zusammengefasst, die aktiv die Art und/oder die Menge an Behandlungs- und anderen Gesundheitsleistungen steuern, die die Versicherten in Anspruch nehmen.¹⁹⁾ Die Managed Care-Konstruktionen sind vielfältig und haben sich seit ihrer Einführung stark verändert. Ihr wesentlichstes Merkmal, die selektive Kontrahierung und die damit verbundene eingeschränkte Wahlfreiheit für die Versicherten, führte zu sehr hoher Unzufriedenheit. Kommentatoren bewerten die nunmehr wieder stärker steigenden Gesundheitsausgaben als Zeichen dafür, dass die „Managed Care Revolution“ gescheitert ist.²⁰⁾

Sind die gesetzten Reformen „sichtbar“...

Da die dominierende Zielsetzung in den 90er Jahren auf die Dämpfung des Ausgabenwachstums und damit auf die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung konzentriert war, analysieren wir im Folgenden die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und beziehen uns dabei vor allem auf die Einführung von Budgets. Der Erfolg der kanadischen Kostendämpfungspolitik lässt sich deutlich an Abbildung 1 ablesen. Dort setzte die Ausgabendämpfung allerdings erst mit den beginnenden 90er Jahren ein, also einige Jahre nachdem begonnen wurde, die Bundestransfers an die Provinzen prozentuell zu reduzieren (ab 1986). Die Umsetzung der effizienzfördernden Maßnahmen auf Provinzebene hat offenbar Zeit gekostet. Die Lockerung der finanziellen Zügel nach Erreichen des Kostendämpfungsziels 1998 zeichnet sich hingegen – wenig erstaunlich – ohne verzögernde Wirkung in den Ausgabenstatistiken ab. In Italien konnte zeitgleich mit der Einführung der regionalen Gesundheitssysteme 1992 eine Stagna-

16) Naylor CD: Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress. In: Health Affairs 1999, 18:3, S. 9-26. Kirby MJL, Le Breton M: The health of Canadians – The federal role. Vol 5: Principles and recommendations for reform, part I, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology 2002.

17) Klein R: Why Britain Is Reorganizing Its National Health Service – Yet Again. In: Health Affairs 1998, 17:4, S. 111-125, und Koen V: Public expenditure reform: the health care sector in the United Kingdom, OECD Economics Department Working Papers 256, OECD Economics Department 2000.

18) European Observatory of Health Care Systems: Health Care Systems in Transition, Italy, 2001.

19) OECD, Health care systems: lessons from the reform experience, ECO/CPE/WP1(2003)4.

20) Pear R: Health spending at a record high. In: New York Times, January 9, 2004.

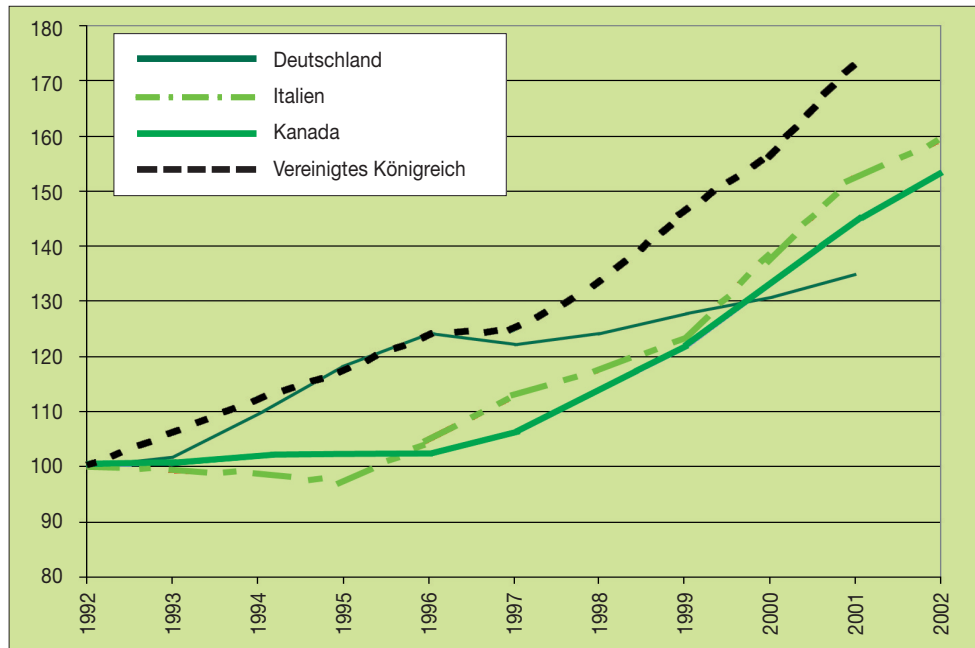
Sind die
gesetzten
Reformen
„sichtbar“ ...





tion der Ausgaben verzeichnet werden; diese hielt aber nur wenige Jahre an. In etwa gleichzeitig mit der Einführung einheitlicher Standards für regionale Gesundheitssysteme setzte sich dann aber wieder ein ähnliches Ausgabenwachstum fort, wie es bereits vor den regionalen Gesundheitssystemen beobachtet werden konnte. Auch die französischen Zielbudgets im Rahmen des Juppé-Plans zeigten nur kurzfristige Wirkung, da bei Überschreiten keine spürbaren Konsequenzen gezogen wurden.²¹⁾

**Abbildung 1: „Budgetpolitik“ im Gesundheitswesen ausgewählter Länder:
Index der öffentlichen Gesundheitsausgaben in nationaler Währung, 1992=100**



Quelle: OECD Health Data, Juni 2003, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Im deutschen Gesundheitswesen kam im Laufe der 90er Jahre eine Vielfalt von Budgets zum Einsatz, und jeder der drei wesentlichsten Bereiche des Gesundheitswesens (stationäre, ambulante und medikamentöse Versorgung) war zumindest zeitweise von Budgets reglementiert. Obwohl sie in Form und Wirksamkeit schwankten, gelten Budgets als erfolgreicher in der Kostendämpfung als irgendeine andere Maßnahme auf Angebots- oder Nachfrageseite.²²⁾

... und wo liegt Österreich in diesem Vergleich?

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben von Österreich liegen gemessen am BIP am unteren Ende der betrachteten acht Länder, vgl. Abbildung 2. Dies gilt auch, wenn die Definition der Gesundheitsausgaben großzügiger als in der offiziellen Statistik gefasst wird.²³⁾ Im markt-dominierten amerikanischen Gesundheitswesen ist der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP in etwa gleich hoch wie im nationalen Gesundheitssystem Italiens oder in jenem des Vereinigten Königreichs. Bei den gesamten Gesundheitsausgaben liegen bei breiterer Definition das Vereinigte Königreich, Japan und Italien unter dem österreichischen Wert, vgl. Abbildung 3. Das Vereinigte Königreich hat sich allerdings zum EU-Durchschnitt aufzuschließen, verzeichnet dementsprechend eine steigende Gesundheitsquote, und wird bei dieser Kennzahl Österreich voraussichtlich bald überholen.

21) Imai Y, Jacobzone S, Lenain P: The changing health system in France. Economic Department Working Papers No 269, ECO/WKP(2000)42, OECD 2000..

22) Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland 2000, S. 120.

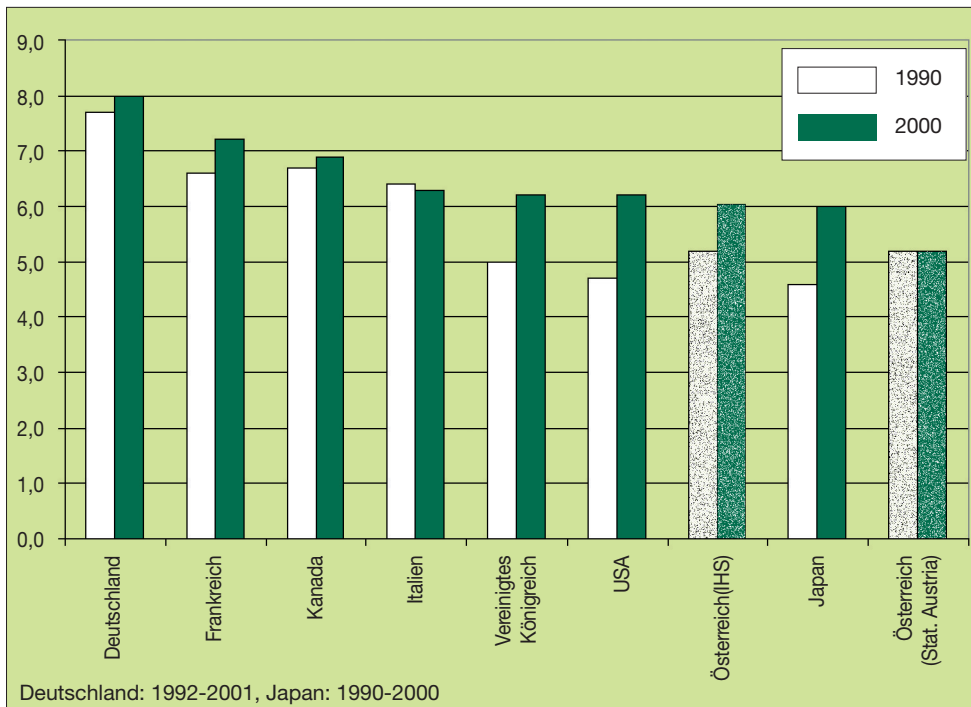
23) Die von Statistik Austria für Österreich ausgewiesenen Gesundheitsausgaben sind wahrscheinlich um etwa vier Milliarden Euro unterschätzt, und zwar vornehmlich im öffentlichen Sektor. Demnach würde eine alternative Berechnung zu höheren Ausgabenquoten führen. IHS HealthEcon Schätzungen zufolge erreicht die BIP-Quote der gesamten Gesundheitsausgaben etwa das Niveau von Frankreich, das bei 9,3 Prozent liegt. Vgl. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G: Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung? Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?, Health System Watch 1/2004.

... und wo liegt Österreich in diesem Vergleich?



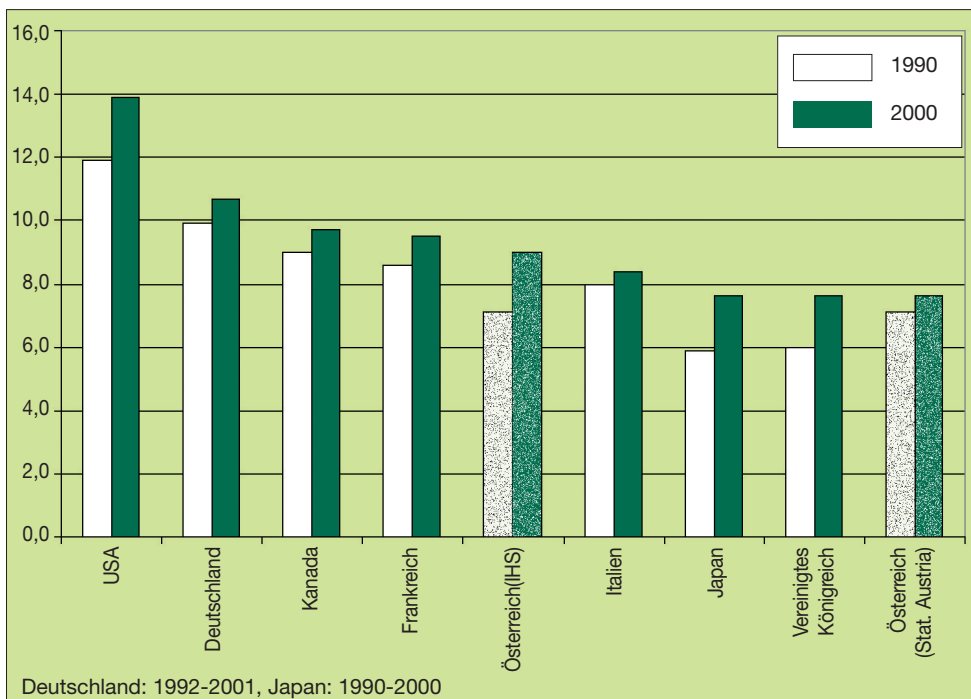


Abbildung 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im Ländervergleich



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

Abbildung 3: Gesamte Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im Ländervergleich



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

Da Budgets eines der am besten greifenden Kostendämpfungsinstrumente sind, ist die Ausgabenentwicklung im Vereinigten Königreich von besonderem Interesse. Budgets kommen dort traditionell in besonderer Konsequenz zum Einsatz. Die britischen Gesundheitsausgaben sind, gemessen am BIP, niedrig und waren lange Zeit niedriger als in irgendeinem anderen G7-Land. In Bezug auf die





Wirksamkeit von Budgets ist eine Betrachtung der öffentlichen Ausgaben im Gegensatz zu den gesamten aber zu bevorzugen. Bei den öffentlichen Budgets und auf das BIP bezogen lag das Vereinigte Königreich sowohl im Jahr 1990 als auch 2001 in etwa auf dem selben Niveau wie die USA oder Japan. Im Vereinigten Königreich wird mit diesem Mitteln aber praktisch die gesamte Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen versorgt, in starkem Gegensatz zu den Vereinigten Staaten und in geringerem Gegensatz zu Japan. In Japan sind aber keine Globalbudgets in Geltung. Als Konsequenz daraus ergibt sich, dass Budgets zur Kostendämpfung zwar wirksam sind, dass aber andere Wege ebenso zum Ziel führen können, vorausgesetzt sie werden so konsequent durchgeführt wie beispielsweise die nachhaltigen Preisverhandlungen in Japan, die sowohl medizinische Anbieter als auch Medikamente betreffen.²⁴⁾ Gekoppelt mit verstärkten Selbstbeteiligungen und geänderter Finanzierung der (Universitäts-)Spitäler, haben die konsequenten Verhandlungen dort im Jahr 2002 sogar erstmals zu einem Rückgang der Gesundheitsausgaben geführt.²⁵⁾

... und wie nutzen wir diese Erkenntnisse?

Die jüngeren österreichischen Reformen liegen insgesamt im internationalen Trend. In Anbetracht der zukünftigen demographischen, globalen und technologischen Herausforderungen sind jedoch weitere Reformschritte notwendig, insbesondere zur Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit. Gegenwärtige Reformbemühungen mit einem Zeithorizont bis 2010 gehen von drei Zielbereichen aus, die im Wesentlichen an die Zielformulierungen der EU-Kommission angelehnt sind (siehe oben). Neben der Einführung verbindlicher Qualitätssicherung und effizienter Managementstrukturen wurde als weiterer Zielbereich die nachhaltige Finanzierung formuliert. Diese Ziele sollen mit Hilfe von fünf Handlungsfeldern erreicht werden: Gesundheitsförderung, Innovationen, Qualitätssicherung, Strukturen und Finanzen.²⁶⁾

Im Hinblick auf die nachhaltige Finanzierbarkeit reicht das Spektrum der Vorschläge von einer globalen Budgetierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben (Koppelung des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum) bis zur Einführung von Selbstbehalten und der Etablierung von „Gesundheitsagenturen“. Die Agenturen kaufen Leistungen auf allen Versorgungsebenen ein und im besten Fall werden „Kostenverschiebungen“ durch eine effizientere Mittelverwendung abgelöst. Bislang ungeklärt blieb jedoch, wie die Entscheidungsstrukturen in den Agenturen beschaffen sein sollen und ob dadurch nicht eben wieder Doppelgleisigkeiten aufgebaut werden.

Aus ökonomischer Sicht ist es nicht sehr zielführend, wenn Entscheidungskompetenz und Kostenträgerschaft getrennt sind. Dies umso mehr, als es eine Aufgabe der Versichertengemeinschaft ist, die Informationsnachteile der PatientInnen gegenüber den Anbietern auszugleichen, um damit der wichtigsten Form von „Marktversagen“ entgegenzuwirken. Dies gilt selbst dann, wenn Teilbereiche der Versorgung budgetiert sind. Darüber hinaus hat die Sozialversicherung langjährige Erfahrung mit der Abwicklung von Vertragsbeziehungen, was Kostenvorteile bei der Administration bringen kann und wo noch nicht alle Spielräume ausgenützt wurden.

Die Sozialversicherung in ihrer Rolle als Stellvertreterin der PatientInnen ist daher auf geeignete Werkzeuge angewiesen. Dazu zählt neben dem Aufbau von medizinischer Expertise („evidence based medicine“ bzw. „-policy“, Technologiebewertungen usw.) die gezielte Evaluierung derjenigen Information und Daten, die im Zuge der gesundheitlichen Versorgung verfügbar sind. Um diese Aufgabe im Sinne der Versicherten und im Hinblick auf die Verbesserung der Informationsbasis für Gesundheitspolitik durchzuführen, bedarf es einer nachhaltigen „IT-Offensive“. Es ist zu erwarten, dass die hierfür erforderlichen Investitionen mittel- bis längerfristig produktiv sind.

Die soziale Krankenversicherung verwaltet fast 10 Milliarden Euro. Dies erfordert transparente und moderne Managementstrukturen, die langfristig orientiert und damit von der Tagespolitik abgekoppelt sein sollen. Gerade wegen der langfristigen Ausrichtung müssen aber die Verantwortlichkeiten klar definiert und exekutierbar sein.

24) Allerdings mögen auch Lebensstilfaktoren zur vergleichsweise günstigen Position Japans beitragen, wie beispielsweise Ernährungsgewohnheiten.

25) Ikegami N, Campbell JC: Japan's health care system: Containing costs and attempting reform. In: Health Affairs 2004, 23:3, S. 26-36.

26) Rauch-Kallat M: Gesundheit neu denken, Präsentation bei der Klubstudientagung 2003

... und wie
nutzen wir
diese
Erkenntnisse?





Tabelle A 1

	Ausgaben für Krankenhausversorgung in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben									Index EU25=100			
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1990	1995	1996	1997
Österreich***	46,1	44,1	42,7	46,7	45,5	45,1	45,3	46,5	46,2	114	109	109	119
Belgien	32,8	33,5	35,2	35,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	81	83	89	90
Dänemark	56,7	55,0	55,3	54,8	54,6	54,5	54,3	53,3	n.v.	140	136	141	139
Deutschland	35,8 ^{a)}	36,9	36,3	36,4	36,7	36,5	36,6	36,1	n.v.	89	91	92	93
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	35,4	36,2	29,6	30,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	44,7	42,0	41,7	41,3	41,1	40,5	39,9	39,3	n.v.	111	104	106	105
Frankreich	45,7	45,1	45,2	45,0	44,3	43,2	42,3	41,6	n.v.	113	111	115	114
Griechenland	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.
Irland**	57,6	57,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	143	142	0,0	0,0
Italien	42,7	44,8	41,7	42,5	41,4	41,6	41,2	41,1	41,0	106	111	106	108
Lettland	78,0	62,0	58,0	56,7	51,6	51,9	57,2	56,6	56,0	193	153	147	144
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	41,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	26,4	31,3	32,4	36,0	30,7	40,1	40,7	n.v.	n.v.	65	77	82	91
Malta	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.
Niederlande	49,2	49,1	49,6	49,9	44,9	44,6	44,6	44,9	n.v.	122	121	126	127
Polen	44,8	46,9	47,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	111	116	120	n.v.
Portugal**	29,5	31,0	32,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	73	77	82	n.v.
Schweden**	49,8	48,2	47,1	47,5	48,3	46,7	45,9	46,9	n.v.	123	119	120	121
Slowakei	32,1	43,0	44,0	44,8	48,2	47,0	n.v.	n.v.	n.v.	79	106	112	114
Slowenien	42,9	49,1	49,7	48,9	47,2	47,4	47,8	47,3	n.v.	106	121	126	124
Spanien	44,1	43,9	43,9	43,2	42,7	42,2	41,8	41,3	n.v.	109	108	112	110
Tschechien	n.v.	29,6	33,8	35,6	35,4	33,9	34,6	36,6	39,3	n.v.	73	86	90
Ungarn	65,2	54,8	52,4	n.v.	28,8	29,1	28,8	27,7	n.v.	161	135	133	n.v.
Vereinigtes Königreich**	29,1	29,2	25,1	25,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	72	72	64	64
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.
EU25*	40,0	40,5	39,3	39,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	100	100	100	100
EU15* („alte“ EU-Staaten)	39,6	40,3	38,8	39,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	99	100	99	99
EU10* („neue“ EU-Staaten)	52,4	44,1	44,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	130	109	114	n.v.
EU12* (EURO-Zone)	40,4	41,5	40,7	41,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	101	102	103	104
Bulgarien	53,0	59,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	131	146	n.v.	n.v.
Rumänien	57,0	59,0	58,0	63,0	n.v.	n.v.	n.v.	53,0	n.v.	141	146	147	160
Türkei	33,4	28,7	28,2	28,8	29,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	83	71	72	73
Schweiz	47,9	47,9	48,0	47,8	47,2	46,8	46,8	n.v.	n.v.	119	118	122	121
USA	36,1	32,2	31,5	30,4	29,7	28,8	27,6	27,1	n.v.	89	79	80	77

a)1992,

* gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben,

** nur öffentliche Ausgaben,

*** Ausgaben für Fonds-Krankenanstalten

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2004; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für Irland, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich und USA; Health Care Systems in Transition (HIT) für Litauen, Polen und Slowakei; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Ausgaben für Krankenhausversorgung in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben





Ausgaben für Arzneimittel in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Tabelle A 2

	Ausgaben für Arzneimittel in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben										Index EU25=100			
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1990	1995	1996	1997	
Österreich	10,7	10,8	10,7	13,6	14,3	15,4	15,9	16,3	16,5	68	69	69	85	
Belgien	15,5	16,3	15,6	16,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	98	104	100	102	
Dänemark	7,5	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,7	8,9	9,2	48	58	57	56	
Deutschland	14,7 ^{b)}	12,7	12,8	12,9	13,4	13,5	13,6	14,3	n.v.	93	81	82	81	
Estland	n.v.	n.v.	17,0	17,0	18,7	19,4	22,3	25,1	26,3	n.v.	n.v.	109	107	
Finnland	9,4	14,1	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	15,7	n.v.	60	90	92	93	
Frankreich	16,9	17,6	17,6	18,0	18,6	19,5	20,4	21,0	n.v.	107	112	113	113	
Griechenland	14,3	15,7	16,1	16,2	13,9	13,8	14,2	14,0	n.v.	91	100	103	102	
Irland	12,2	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	n.v.	77	66	67	64	
Italien	21,2	20,9	21,1	21,3	21,8	22,3	22,2	22,3	22,4	134	133	135	134	
Lettland	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.	
Litauen	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.	
Luxemburg	14,9	12,0	11,5	12,6	12,3	12,1	12,1	n.v.	n.v.	94	77	74	79	
Malta	16,0	15,0	15,0	22,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	101	96	96	138	
Niederlande	9,6	11,0	11,0	11,0	9,7	10,0	10,1	10,1	n.v.	61	70	71	69	
Polen	12,6	15,6	8,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	80	100	57	n.v.	
Portugal	24,9	23,2	23,6	23,5	22,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	158	148	151	147	
Schweden	8,0	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,9	13,5	n.v.	51	79	87	78	
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	34,0	34,0	34,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Slowenien	10,4	18,9	17,4	17,9	18,9	19,0	19,6	20,8	n.v.	66	121	112	112	
Spanien	17,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	113	n.v.	n.v.	n.v.	
Tschechien	21,0	25,6	25,5	25,3	25,5	22,7	22,0	21,9	24,6	133	163	164	159	
Ungarn	27,6 ^{a)}	25,0	26,0	25,9	n.v.	n.v.	n.v.	30,7	n.v.	175	160	167	163	
Vereinigtes Königreich	13,5	15,3	15,6	15,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	86	98	100	99	
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.	
EU25*	15,8	15,7	15,6	15,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	100	100	100	100	
EU15* („alte“ EU-Staaten)	15,7	15,4	15,5	15,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	99	98	100	99	
EU10* („neue“ EU-Staaten)	18,6	20,4	16,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	118	130	108	n.v.	
EU12* (EURO-Zone)	16,3	15,6	15,7	16,0	15,7	15,5	15,8	16,3	n.v.	104	100	101	100	
Bulgarien	12,3	17,4	23,5	23,4	23,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	78	111	151	147	
Rumänien	11,0 ^{b)}	17,0	19,0	17,0	20,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	70	109	122	107	
Türkei	20,5	31,6 ^{c)}	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	130	202	n.v.	n.v.	
Schweiz	10,2	10,0	10,0	10,3	10,2	10,5	10,7	n.v.	n.v.	65	64	64	65	
USA	9,2	8,9	9,2	9,6	10,3	11,3	11,9	12,4	n.v.	58	57	59	60	

^{a)}1991, ^{b)}1992, ^{c)}1994,

* gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2004; HVSV und Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2003 für die USA; Health Care Systems in Transition (HIT) für Malta, Polen und Bulgarien; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.





Tabelle A 3

**Ausgaben für ärztliche Leistungen
in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	19,1	19,5	19,5	21,4	21,5	21,4	21,2	21,7
Belgien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	16,3	16,7	16,3	16,4	16,4	16,0	16,0	16,1
Deutschland	20,6	12,1	11,5	11,8	11,7	11,8	11,7	11,6
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	28,2	27,3	27,1	26,8	27,1	26,9	26,9	26,7
Frankreich	13,7	13,9	13,7	13,8	13,8	13,8	13,6	13,3
Griechenland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Irland	49,9 ^{a)}	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	21,4	22,8 ^{b)}	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Lettland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	27,3	16,8	14,8	15,0	14,8	19,9	19,4	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	11,1	10,0	9,8	9,5	10,0	9,9	9,9	9,5
Polen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Spanien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5,7	5,6	4,9	n.v.
Vereinigtes Königreich	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU25	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU15 („alte“ EU-Staaten)	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU10 („neue“ EU-Staaten)	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU12 (EURO-Zone)	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Bulgarien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	15,6	15,3	15,2	15,3	15,7	15,6	15,4	n.v.
USA	26,0	25,7	25,4	25,3	25,6	25,6	25,6	25,5

a)1992, b)1994

Quellen: OECD Health Data, Juni 2003; HVSV und Statistik Austria für Österreich;
IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

**Ausgaben für
ärztliche
Leistungen
in Prozent
der gesamten
Gesundheits-
ausgaben**





Charakteristika der Versorgung 2002 oder letztverfügbares Jahr

Tabelle A 4

Charakteristika der Versorgung 2002 oder letztverfügbares Jahr

	Aufnahmerate in Prozent	Durchschn. Verweildauer in Tagen	Betten pro 1.000 EW	Fälle pro Bett (Werte 2001)	ÄrztInnen pro 1.000 EW	PharmazeutInnen pro 1.000 EW	Krankenpflegepersonal pro 1.000 EW	Arztbesuche pro Person und Jahr
Österreich	31,2	7,4 ^{a)}	8,4	44,9	3,3	0,6	5,9 ^{a)}	6,7 ^{a)}
Belgien	19,7 ^{d)}	11,5 ^{d)}	7,0 ^{a)}	38,1 ^{e)}	4,5	1,4 ^{d)}	10,8	7,3
Dänemark	18,9 ^{a)}	5,9 ^{a)}	4,2 ^{a)}	57,2 ^{c)}	3,6	0,5	9,7	6,2 ^{a)}
Deutschland	23,6 ^{a)}	11,6 ^{a)}	9,0 ^{a)}	31,3	3,4	0,6	9,7 ^{a)}	6,5 ^{f)}
Estland	19,1	8,4	6,0	n.v.	3,1	0,6 ^{b)}	6,4	6,4
Finnland	26,2	10,6	7,3	30,8 ^{g)}	3,2	1,5	21,7	4,2
Frankreich	23,0 ^{c)}	10,8 ^{e)}	7,9 ^{a)}	9,2 ^{b)}	3,3	1,0	6,9	6,5 ^{f)}
Griechenland	15,4 ^{d)}	8,3 ^{d)}	4,8 ^{b)}	38,1 ^{d)}	4,5 ^{a)}	n.v.	2,6 ^{j)}	n.v.
Irland	14,5	7,6	3,5	48,0	2,4 ^{a)}	0,8 ^{a)}	16,8 ^{b)}	n.v.
Italien	16,1 ^{a)}	7,6 ^{a)}	4,4 ^{a)}	38,8 ^{b)}	6,1 ^{a)}	1,1 ^{a)}	n.v.	6,0 ^{c)}
Lettland	19,9	11,0	7,8	n.v.	3,0	n.v.	5,1	4,6
Litauen	23,6	10,7	8,9	n.v.	4,0	0,6	7,8	6,4
Luxemburg	19,4 ^{h)}	15,3 ^{f)}	6,9 ^{a)}	27,8	2,6	0,8	7,8	2,8 ^{d)}
Malta	n.v.	n.v.	4,9	n.v.	2,7	2,0	5,5	2,5
Niederlande	9,3 ^{a)}	12,5 ^{a)}	4,7 ^{a)}	28,3	3,1	0,2 ^{a)}	13,3 ^{a)}	5,6
Polen	16,4 ^{a)}	8,4 ^{a)}	5,5 ^{a)}	n.v.	2,2 ^{a)}	0,6 ^{a)}	5,3 ^{k)}	5,5 ^{a)}
Portugal	11,7 ^{a)}	8,7 ^{a)}	3,8 ^{a)}	37,8 ^{d)}	3,3 ^{a)}	0,8 ^{a)}	3,9 ^{a)}	3,6 ^{a)}
Schweden	15,5	6,6	5,2 ^{e)}	42,0 ^{f)}	3,0 ^{b)}	0,6 ^{b)}	9,8 ^{b)}	2,8 ^{e)}
Slowakei	18,9	9,4	7,6	31,1	3,2	0,5	7,1	14,5
Slowenien	16,4	8,1	5,1	n.v.	2,2	0,4	7,2	6,4
Spanien	11,7 ^{d)}	9,4 ^{d)}	4,0 ^{a)}	37,3 ^{d)}	3,2 ^{b)}	0,8 ^{b)}	3,7 ^{b)}	8,7 ^{a)}
Tschechien	21,1	11,3	8,6	32,1	3,5	0,5	9,7	14,8
Ungarn	15,1 ^{d)}	9,8 ^{f)}	7,9	37,0	3,2	0,6 ^{j)}	n.v.	11,9
Vereinigtes Königreich	24,6	8,5	4,2 ^{a)}	34,0	1,6 ⁱ⁾	0,5	8,5	5,4 ^{d)}
Zypern	8,1 ^{a)}	n.v.	4,4 ^{a)}	n.v.	2,6 ^{a)}	0,2 ^{a)}	4,2 ^{a)}	1,8 ^{a)}
EU25*	19,4	9,6	6,2	n.v.	3,4	0,7	7,9	6,6
EU15*(„alte“ EU-Staaten)	19,8	9,7	6,1	31,5	3,5	0,8	8,2	6,3
EU10*(„neue“ EU-Staaten)	17,5	9,3	6,6	n.v.	2,7	0,6	6,3	8,3
EU12* (EURO-Zone)	19,0	10,1	6,5	30,3	3,9	0,8	8,0	6,5
Bulgarien	16,5	9,2	6,5	n.v.	3,5	0,1	3,6	5,4
Rumänien	25,0	9,3	7,5	n.v.	1,9	0,1	4,2	5,7
Türkei	8,0	5,8	2,4	40,1	1,3 ^{a)}	0,3 ^{a)}	2,4 ^{a)}	2,6 ^{a)}
Schweiz	16,9 ^{d)}	12,7 ^{a)}	6,0 ^{a)}	21,5 ^{k)}	3,6	0,6 ^{a)}	8,3 ^{b)}	11,0 ^{j)}
USA	12,4 ^{b)}	6,7 ^{a)}	2,9 ^{**}	40,9	2,7 ^{c)}	0,7 ^{f)}	8,1 ^{c)}	9,0 ^{a)}

* gewichtet an der Bevölkerung 2002, ** nur Akutbetten

^{a)}2001, ^{b)}2000, ^{c)}1999, ^{d)}1998, ^{e)}1997, ^{f)}1996, ^{g)}1995, ^{h)}1994, ⁱ⁾1993, ^{j)}1992, ^{k)}1990

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2004; OECD Health Data, Juni 2003 für Fälle pro Bett und USA (alle Kennzahlen); IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

