

I/Frühjahr 1999

# HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das **Institut für Höhere Studien (IHS) – IHS HealthEcon**

Herausgegeben vom **Hauptverband der österreichischen**

**Sozialversicherungsträger**

---



## GESUNDHEITSAUSGABEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH MIT SCHWERPUNKT ÖSTERREICH

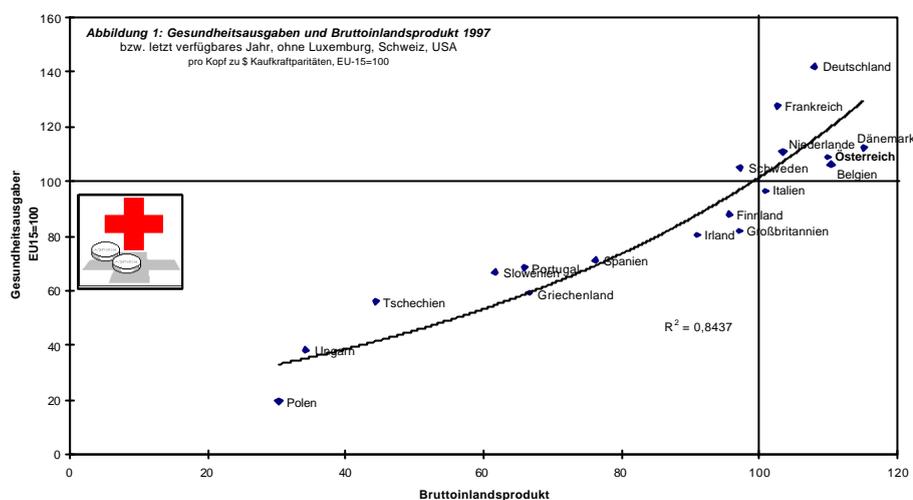
Maria M. Hofmarcher\*

Je reicher ein Land ist, um so mehr wird für den Gesundheitssektor ausgegeben. Das relativ schnellere Wachstum der Gesundheitsausgaben ist – global betrachtet – in den 90er Jahren träger geworden. Im Verhältnis zum Wirtschaftswachstum und im Vergleich mit anderen Ländern ist das reale Wachstum des Gesundheitswesens in Österreich vor allem in der Periode 1990 bis 1997 unterdurchschnittlich. Budgetkonsolidierung, relativ hohe Preise für die privaten Haushalte, die allerdings auch systematisch überschätzt sein dürften, bei gleichzeitig nicht erfaßten, aber ziemlich wahrscheinlichen Produktivitätsfortschritten in den Kernbereichen des Gesundheitssektors, könnten die Ursachen für diese Entwicklung sein. Die Ausgaben der privaten Haushalte verzeichneten innerhalb von 16 Jahren das größte Plus. Am raschesten wuchsen die Ausgaben für Ärztliche Dienste.

Im Lichte der, wenngleich überschätzten, Preisentwicklung bedeutet die Kombination aus relativ hohen Preisen und stark wachsenden Konsumausgaben für Gesundheit eine verstärkte Belastung für die privaten Haushalte. Während sich die Sozialversicherung als Großekäufer gegen überhöhte Preise wehren kann, scheint die Dynamik der Ausgabenentwicklung darauf hinzudeuten, daß in den letzten Jahren gegenüber Privatkunden überdurchschnittliche Preise durchgesetzt wurden. Dies ist nicht nur aus Wohlfahrtsgründen genau zu beobachten, sondern auch im Hinblick auf die nachhaltige Aufrechterhaltung der sozialen Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen kritisch zu hinterfragen.

\* Ich danke Monika Riedel, Peter Steiner und Jürgen Schwärzler für die Mitwirkung

## INTERNATIONALER VERGLEICH



den Ausgaben und dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen wird für diesen Zweck in einer Linie dargestellt und die Steigung der Linie im Länderquerschnitt geschätzt<sup>2</sup>. Die prozentuelle Veränderung der Gesundheitsausgaben, basierend auf der prozentuellen Veränderung des gesamtwirtschaftlichen Einkommens, ist ein nützliches und übliches Maß, um zu erkennen, wie unterschiedliches

## 1 JE REICHER EIN LAND, UM SO MEHR WIRD FÜR DEN GESUNDHEITSEKTOR AUSGEGEBEN

Im Gegensatz zu einem linearen Zusammenhang zeigt der in Abbildung 1 zugrunde gelegte exponentielle Trend, daß die Entwicklung der Gesundheitsausgaben mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes nicht nur in Wechselwirkung steht, sondern daß ab einem bestimmten Wohlstandsniveau die Einkommenszuwächse offensichtlich von überproportionalen Ausgabenzuwächsen begleitet sind. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sind die Gesundheitsausgaben in Polen relativ zum EU-Durchschnitt niedriger. Dies gilt auch für Slowenien, aber ebenso für Griechenland. In den reichen Ländern wie in Österreich, in Belgien, in Frankreich, in Deutschland, in den Niederlanden, in der Schweiz und in den USA sind die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt höher. Im folgenden werden der Zusammenhang zwischen den beiden Aggregaten Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben näher untersucht und Elastizitäten geschätzt<sup>1</sup>. Die Beziehung zwischen

<sup>1</sup> Das Konzept der Elastizitäten erlaubt zu quantifizieren, um wieviel Prozent die Gesundheitsausgaben – ceteris paribus – steigen, wenn das gesamtwirtschaftliche Einkommen um ein Prozent steigt. Eine Einkommenselastizität von eins bezeichnet eine Situation, in der eine einprozentige Erhöhung des Einkommens zu einer einprozentigen Erhöhung der Ausgaben führt (konstante Elastizität). Ist die Elastizität größer als 1, wird damit ausgedrückt, daß die Ausgaben schneller steigen als das gesamtwirtschaftliche Einkommen ("Luxusgutcharakter" der Gesundheitsausgaben). Die empirische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheitsausgaben und volkswirtschaftlichem Einkommen wird seit Anfang der

Einkommen in Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Gesundheitsausgaben übertragen wird<sup>3</sup>.

## 2 SCHWÄCHERES WACHSTUM DER GESUNDHEITSAUSGABEN

*Höhere Wachstumsraten der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben relativ zu den Wachstumsraten des Pro-Kopf-Einkommens weisen darauf hin, daß die Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens "Luxusgüter" sind. Allerdings zeichnete sich in der Mitte der 90er Jahre global eine Verlangsamung der Ausgabenexpansion ab,*

siebziger Jahre durchgeführt. Zur Diskussion der verschiedenen, aktuellen Ansätze siehe: Gerdtham, U.-G. et al.: An econometric analysis of health care expenditures: A cross section study of the OECD-countries, *Journal of Health Economics* 11 (1992), S. 63-84, North Holland; Mc Gurie, A. et al.: Econometric analysis of National Health expenditures: Can positive economics help to answer normative questions? *Health Economics* 2 (1993), S. 113-126; OECD: Factors affecting health spending: a cross country econometric analysis, Annex A, *New Directions in Health Care Policy*, *Health Policy Studies* 7, S. 71-88, Paris.

<sup>2</sup> Gemäß neueren Erkenntnissen über die funktionale Form des Zusammenhangs zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt (Doppelt logarithmische Funktion) wurden für diese Analyse beide Variablen logarithmiert (vgl.: Gerdtham, U.-G. et al.: An econometric analysis of health care expenditures: A cross section study of the OECD-countries, *Journal of Health Economics* 11 (1992), S. 63-84, North Holland). Der Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben ist auch bei multiplen Regressionsverfahren der mit Abstand stärkste, so daß diese Untersuchung auf jene Relation beschränkt wurde.

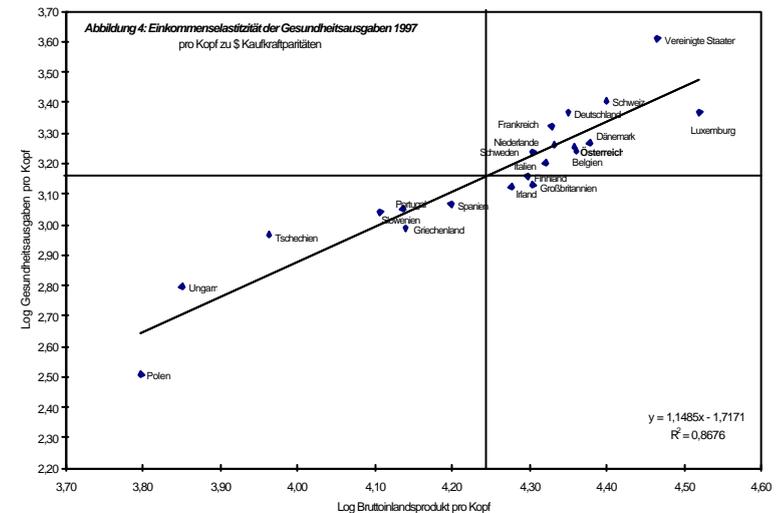
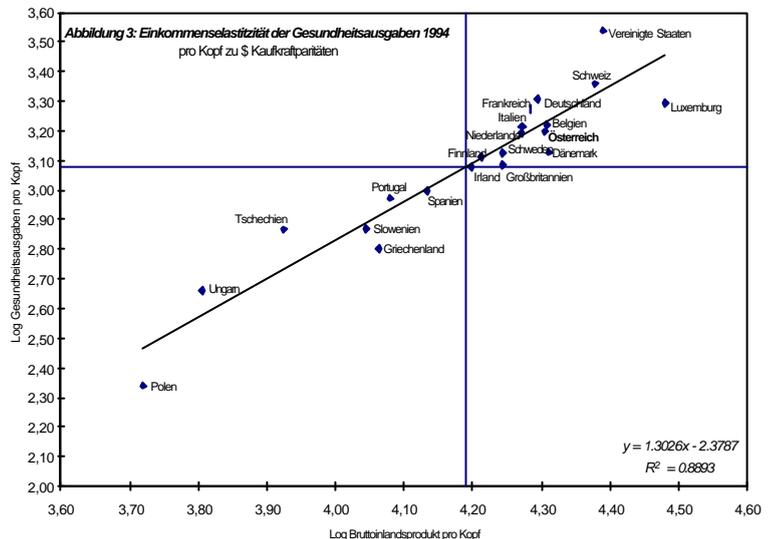
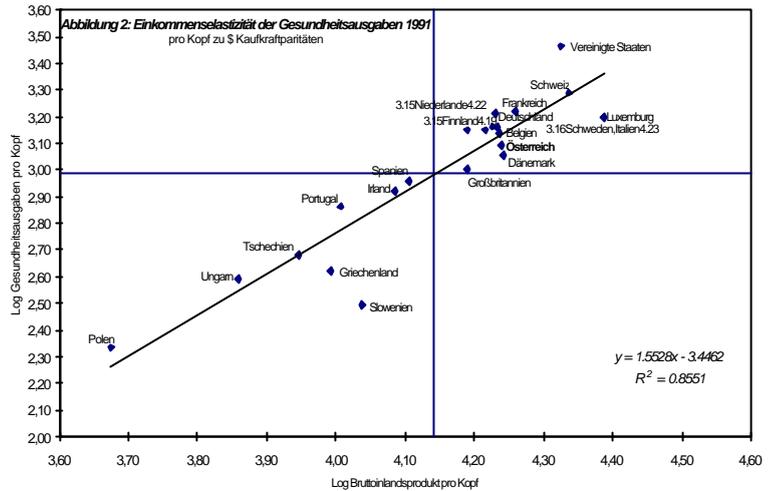
<sup>3</sup> In die nachstehenden Darstellungen sind sowohl Luxemburg, die Schweiz als auch die USA einbezogen.

die verstärkt von den EU-Ländern auszugehen scheint. In den EU-Ländern war 1997 das Ausgabenwachstum unterproportional zum Einkommenszuwachs.

Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben pro Kopf – bereinigt um Kaufkraftunterschiede auf Dollarbasis – waren für die Jahre 1991, 1994, 1996 und 1997 signifikant assoziiert. Der Anstieg der Geraden in den Abbildungen 2 bis 4 veranschaulicht die Elastizität, die die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben pro Kopf relativ zu den Wachstumsraten der Pro-Kopf-Einkommen widerspiegelt. Tabelle 1 faßt die in den Abbildungen 2 bis 4 dargestellten Einkommenselastizitäten der Gesundheitsausgaben zusammen. Darüber hinaus wurden Ländergruppen gebildet. Dabei zeigte sich, daß sich – global betrachtet – die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben zwischen 1991 und 1997 um 25 Prozent verringerte und 1997 1,15 betrug. Die Verringerung zwischen 1991 und 1994 betrug -16 Prozent, jene zwischen 1994 und 1997 betrug 8 Prozent. 1997 wurde im Vergleich zu den Jahren 1991 und 1994 entweder relativ weniger für das Gesundheitswesen ausgegeben, oder andere, durch die Beziehung zwischen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben nicht erfaßten Einflußgrößen sind relativ stärker geworden. Der "Luxusgutcharakter" der Leistungen des Gesundheitswesens relativiert sich somit oder andere Faktoren, wie Struktur-umstellung und/oder neue institutionelle Regelungen bzw. neue "Marktformen" wurden zunehmend dominanter.

## 2.1 DIE VERLANGSAMUNG DES AUSGABENWACHSTUMS GEHT VON DEN EU-LÄNDERN AUS

Die Verringerung des Ausgabenanstiegs relativ zur Veränderung des Bruttoinlandsprodukts scheint diesen Berechnungen zufolge vor allem von den EU-Ländern getragen zu sein. Die zeitpunktbezogene Querschnittsmessung des relativen Wachstums der Gesundheitsausgaben zeigt eine stetige Verringerung der Elastizität, die 1997 1,05 betrug und damit gegenüber 1991 um 25 Prozent geringer war. Dies könnte auf die verstärkten Bemühungen zurückzuführen sein, die Konvergenzkriterien zur Teilnahme an der Währungsunion einzuhalten.



Immerhin beträgt der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben im EU-Raum zwischen 10 und 20 Prozent. Die Einkommenselastizität für jene 11 europäischen Staaten, die sich für die

Währungsunion qualifizierten, betrug 1996 und 1997 0,98 Prozent, war also etwas kleiner als eins. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, daß sich das Ausgabenwachstum verlangsamt hat.

## 2.2 EINZELNE LÄNDER HABEN EINFLUSS AUF DAS GLOBALE AUSGABENWACHSTUM

Tabelle 1		<i>Einkommenselastizitäten der Gesundheitsausgaben</i>			
Modell 1		Zeitpunktbezogene Messung			
		abhängige Variable: Gesundheitsausgaben pro Kopf \$ PPP			
		1991	1994	1996	1997
Alle Länder-21 (R <sup>2</sup> =0,80-0,88)	Konstante	-3.45	-2.38	-2.16	-1.71
	(t-Wert)	(-5,67)	(-5,38)	(-4,32)	(-3,91)
	log BIP	1.55	1.30	1.25	1.15
	(t-Wert)	(10,59)	(12,36)	(10,54)	(11,16)
EU-15 (R <sup>2</sup> =0,63-0,77)	Konstante	-2.82	-1.70	-1.59	-1.32
	(t-Wert)	(-3,12)	(-2,21)	(-1,66)	(-1,94)
	log BIP	1.40	1.14	1.11	1.05
	(t-Wert)	(6,52)	(6,29)	(4,96)	(6,65)
EU-11 (R <sup>2</sup> =0,53)	Konstante	--	--	-1.02	-1.01
	(t-Wert)			(-0,85)	(-1,20)
	log BIP	--	--	0.98	0.98
	(t-Wert)			(3,48)	(5,02)

BIP: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf \$PPP

t-Wert: Teststatistik für die Koeffizienten. Ein Wert  $\geq 2$  bestätigt die Hypothese, daß das BIP pro Kopf mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5 Prozent signifikant assoziiert ist.

R<sup>2</sup>: Bestimmtheitsmass für die Stärke des Zusammenhanges zwischen den Variablen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben.

Quellen: siehe Tabellen A2 und A3, IHS-HealthEcon-Berechnungen.

Die zeitpunktbezogene Querschnittsmessung der Elastizitäten hat freilich den Nachteil, daß damit unterstellt wird, alle Länder hätten bezüglich des Stellenwerts des Gesundheitswesens konforme Präferenzen. Außerdem können mit einer reinen Querschnittsanalyse real stattgefundene Veränderungen über die Zeit und/oder Strukturbrüche nicht erfaßt werden. Im Länderquerschnitt und über die Zeit betrachtet, betrug die relative Veränderung der Gesundheitsausgaben in den Staaten der EU 1,45 bzw. unter Einbeziehung der Schweiz und der USA 1,29 Prozent<sup>4</sup>. Dieses Ergebnis deckt sich im wesentlichen mit den Resultaten aus anderen Untersuchungen (siehe Fußnote 2). Allerdings bringt die Messung fixer Effekte in dem hier zugrunde gelegten Modell mit sich, daß die Parameter instabiler wurden. Dies kann mit sehr unterschiedlichen Einflußgrößen zusammenhängen, die außerhalb der Beziehung zwischen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgabenwachstum in den einzelnen Ländern liegen. Die Höhe der Elastizität ist

<sup>4</sup> Die bereinigte Messung zeigte für keines der betrachteten Samples einen Zeiteffekt. Allerdings hatte das relative Wachstum der Gesundheitsausgaben in einigen großen EU-Ländern einen signifikanten Einfluß auf die gesamte Elastizität. Relativ zum BIP-Wachstum wuchsen die Gesundheitsausgaben in jenen Länder entweder stark überproportional oder relativ schwächer.

demnach immer auch abhängig von anderen Einflußfaktoren, die auf das Wachstum der Gesundheitsausgaben wirken<sup>5</sup>.

In den Ländern Tschechien, Ungarn, Polen und Slowenien (MOEL-4) war die relative Veränderung der Gesundheitsausgaben 1996 unterproportional und betrug 0,78. Auch dieses Ergebnis ist konsistent mit anderen Untersuchungen, wengleich der Zusammenhang nicht signifikant assoziiert ist und für 1997 überhaupt keine sinnvollen Ergebnisse ermittelt werden konnten. Gemäß den Berechnungen der Weltbank beträgt die Elastizität der Gesundheitsausgaben für die "armen" Länder (low income countries – weniger als \$ 785 pro Kopf) etwa zwischen 0,8 und 1,08 Prozent bzw. für die Kategorie "middle income countries" (\$ 786 bis 9 635 pro Kopf) 1,10 Prozent.<sup>6</sup> Neben der Tatsache, daß die nationalen Statistiken durch Neuberechnungen der einzelnen Positionen in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung in den Transformationsländern verzerrt sind, dürfte es zwischen dem Gesundheitssektor und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung starke Disproportionalitäten geben, die makroökonomisch ineffizient sind. Verstärkt wird dies noch dadurch, daß das "frühzeitige Sterben" (vor dem 65. Lebensjahr) im gesamten mittel- und osteuropäischen Raum (MOEL) etwa 60 Prozent über dem EU-Durchschnitt liegt.<sup>7</sup>

## 3 DIE ROLLE DER PREISE IM GESUNDHEITSBEREICH

*War die relative Entwicklung des realen Pro-Kopf-Wachstums der Gesundheitsausgaben in den 80er Jahren verhältnismäßig konform, so verringerte sich in der ersten Hälfte der 90er Jahre das Niveau der Ausgabenzuwächse. Auch der Abstand zwischen den BIP-Wachstumsraten und jenen der Gesundheitsausgaben vergrößerte sich. Meßprobleme in den Preisindizes*

<sup>5</sup> In einer Untersuchung von Blomqvist et al. wurde vermutet, daß sämtliche Berechnungen der Elastizität das tatsächliche Niveau überschätzten, vor allem bedingt durch nicht berücksichtigte länderspezifische Effekte, die mit dem Einkommen korrelieren. Ihre Kritik ist allerdings eher methodischer, als inhaltlicher Natur. Blomqvist, A.G., Carter, R.A.L.: Is Health Care really a luxury? *Journal of Health Economics* 16 (1997), S. 207-229.

<sup>6</sup> The World Bank: *World Development Indicators 1998*, Washington D.C., S. 91.

<sup>7</sup> Hofmarcher, M. M.: Is Public Health Between East and West? Analysis of Wealth, Health and Mortality in Austria, Central and Eastern European Countries, and Croatia Relative to the European Union, *Croatian Medical Journal* 39/3 (1998), S. 241-248.

erklären sicherlich einen Teil der steigenden Differenz, aber auch Ineffizienzen und tatsächlich überhöhte Preise dürften bei der Preisentwicklung im Gesundheitsbereich eine Rolle spielen.

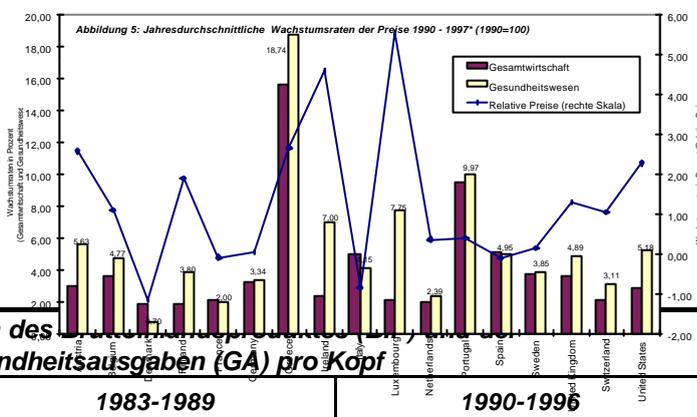
### 3.1 REALE PRO-KOPF-AUSGABEN SIND FAST ÜBERALL HOCH

Auffällig ist, daß trotz Unterschieden in den Rahmenbedingungen hinsichtlich der (Finanzierungs-)Strukturen des Gesundheitssektors das relative Preisgefüge, aber auch die realen Pro-Kopf-Ausgaben hohe Wachstumsraten aufweisen. Zwischen 1981 und 1996 stiegen die realen Pro-Kopf-Ausgaben auf Basis 1990 jahresdurchschnittlich um 1,25 Prozent in Deutschland, um 1,93 Prozent in den USA, um 2,12 Prozent in der Schweiz und um 3,59 Prozent in Frankreich. In Österreich stiegen sie im selben Zeitraum um 1 Prozent. Demgegenüber läßt sich in Österreich ein reales BIP-Wachstum von 1,73 Prozent jährlich nachweisen. In den 80er Jahren waren sowohl die nominellen als auch die realen Wachstumsraten relativ konform und ohne erhebliche Niveauunterschiede.

### 3.2 DAS NIVEAU DER REALEN AUSGABENZÜWÄCHSE ÄNDERTE SICH, ABER AUCH DER ABSTAND DER WACHSTUMSRATEN

Im Durchschnitt der Länder Österreich, Frankreich, Deutschland, der Niederlande, Schweiz, Großbritannien und der USA betrug das reale BIP-Wachstum pro Kopf in der Periode 1981 bis 1996 1,40 Prozent, das Wachstum der

realen Gesundheitsausgaben pro Kopf 1,92 Prozent. Tabelle 2 zeigt, daß zwischen 1983 und 1989 die Wachstumsraten pro Kopf 2,55 bzw. 2,72 Prozent betragen. In der Folgeperiode, 1990 bis 1996, betragen sie 0,42 bzw. 1,25 Prozent. In den Vergleichsperioden verringerte sich das Wachstum der realen Pro-Kopf-Ausgaben durchschnittlich um mehr als 50 Prozent, das Wachstum des realen BIP pro Kopf sank allerdings noch stärker, so daß der Gesamteffekt eine Niveaushiftung beinhaltete, aber auch eine Vergrößerung des Abstandes der realen Wachstumsraten. Unterdurchschnittliche reale Einkommenszuwächse waren von unterdurchschnittlichen realen Ausgabenzuwächsen begleitet, die allerdings in der Periode 1990 bis 1996 – außer in den USA, in der Schweiz und in Österreich – vergleichsweise höher waren. In den Niederlanden war das Realwachstum des Gesundheitswesens in allen Vergleichsperioden relativ gesehen etwas geringer. War das reale Pro-Kopf-Wachstum in den 80er Jahren verhältnismäßig konform, so zeigte sich für die erste Hälfte der 90er Jahre ein heterogenes Bild. Dies ist bei nachhaltig überproportionalen Wachstumsraten der nominellen Pro-Kopf-



	1981-1996		1983-1989				1990-1996					
	nominell		real		nominell		real		nominell		real	
	BIP	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP	GA
Österreich	5,19	6,14	1,73	1,00	5,46	6,98	2,21	2,20	4,18	5,86	1,05	0,42
Frankreich	5,73	7,21	1,32	3,59	6,89	8,06	2,12	4,38	2,72	4,25	0,54	2,21
Deutschland	3,75	4,56	0,93	1,25	4,73	4,36	2,68	2,49	2,02*	4,83*	-1,21*	1,44*
Niederlande	3,56	3,94	1,77	1,71	3,25	3,14	2,40	1,91	3,51	3,97	1,51	1,46
Schweiz	3,66	5,93	0,38	2,12	5,46	6,82	2,25	3,62	1,15	3,65	-1,25	0,14
Großbritannien	7,11	8,23	2,16	1,84	8,91	8,37	3,47	1,76	4,75	7,24	1,12	2,24
USA	4,89	7,77	1,51	1,93	6,38	8,76	2,74	2,69	3,59	5,50	1,14	0,86**
Durchschnitt	4,84	6,25	1,40	1,92	5,87	6,64	2,55	2,72	3,13	5,04	0,42	1,25

\*inklusive Ostdeutschland

\*\*GA-Deflator für 1995, 1996 geschätzt

Ausgaben relativ zum nominellen BIP pro Kopf in allen Perioden zu beobachten. Die teilweise stark ausgeprägten institutionellen Unterschiede in den einzelnen Gesundheitssystemen dürften sich in den letzten Jahren eher vertieft haben. Massive Strukturveränderung wie die Einführung von "Quasi-Märkten", die sich beispielsweise in den Ländern Finnland, Italien, Spanien, Schweden und Großbritannien etabliert haben, können mittelfristig preistreibend wirken. Neben steigenden Transaktionskosten im Zusammenhang mit der Erstellung von "Preislisten" für Gesundheitsleistungen, Verträge usw. liegt das praktische Dilemma in der Entwicklung von "realen" Verhandlungspreisen, die wiederum sehr teuer ist. Neueren Hinweisen<sup>8</sup> und Untersuchungen zufolge wird vor allem in Großbritannien und in Schweden die Marktliberalisierung im Gesundheitssektor hinterfragt, und der Schwerpunkt wird zunehmend wieder auf die Planungskompetenz der Kommunen gelegt.<sup>9</sup>

### 3.3 DIE RELATIVEN PREISE SIND HOCH

In Abbildung 5 werden sowohl Wachstumsraten der Preise als auch die relativen Preise<sup>10</sup> in der EU, in der Schweiz und in den USA dargestellt. Außer in Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien, sind die Preissteigerungen im Gesundheitswesen teilweise erheblich höher, verglichen mit jenen in der Gesamtwirtschaft. Dies trifft auch auf Österreich zu. 1996 betragen die relativen Preise auf der Preisbasis 1990 2,58 (rechte Skala), d. h., die Preissteigerung im Gesundheitsbereich war mehr als zweimal so hoch, verglichen mit der gesamtwirtschaftlichen Preissteigerung. Ohne genaue Kenntnisse über etwaige Produktivitätsveränderungen im Gesundheitssektor<sup>11</sup> ist es jedoch schwierig zu beurteilen, ob die Preise "zu hoch" sind. Feststellen läßt sich lediglich, daß sie relativ

<sup>8</sup> Interview mit Victor Fuchs, *Health Affairs* 17/1 (1998), S. 91-96. Fuchs verweist weiters darauf, daß die relativ zur USA moderate Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Europa vor allem der Effektivität der Angebotsbeschränkungen zuzuschreiben ist (S. 95).

<sup>9</sup> Saltman, R. B., Figueras, J.: *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Office for Europe, 1997, Kopenhagen.

<sup>10</sup> Relative Preise sind ein Indikator dafür, wie sich beispielsweise die Preise am Gesundheitsmarkt relativ zu den Preisen in der Gesamtwirtschaft verändern.

<sup>11</sup> Wird "Vermiedener Tod vor dem 65. Lebensjahr" (Potential Life Years Lost) als Näherungsindikator für positive Produktivitätsveränderungen akzeptiert, dann liegt Österreich im internationalen Vergleich an erster Stelle (vgl.: Hofmarcher, M.M.: *Das Gesundheitswesen in Österreich, neue Trends, neue Fakten, IHS Working Paper Nr. 19 (1997)*, Wien.

gesehen höher sind und dies – wie Abbildung 5 zu entnehmen ist – in zwölf von 17 beobachteten Ländern.

Die Kombination aus nicht erfaßten tatsächlichen Produktivitätsfortschritten<sup>12</sup> und stark gestiegenen Waren- und Leistungsmengen in Verbindung mit den Schwierigkeiten, Outputs bzw. Ergebnisse und deren qualitative Veränderungen über die Zeit zu erfassen, tragen mit Sicherheit zu einer Verzerrung bzw. zur Überschätzung der Preisentwicklung auf den Gesundheitsmärkten bei. Ein Preisindex für das Gesundheitswesen kann potentiell dazu verwendet werden, Produktivitätsfortschritte zu erfassen. Meßprobleme in den Indizes, die allerdings allen Inflationsratenberechnungen zugrunde liegen, erklären sicherlich einen Teil der Differenz in den Preissteigerungsraten, aber auch Ineffizienzen und tatsächlich überhöhte Preise dürften bei der Preisentwicklung im Gesundheitsbereich eine Rolle spielen.

## SCHWERPUNKTTHEMA

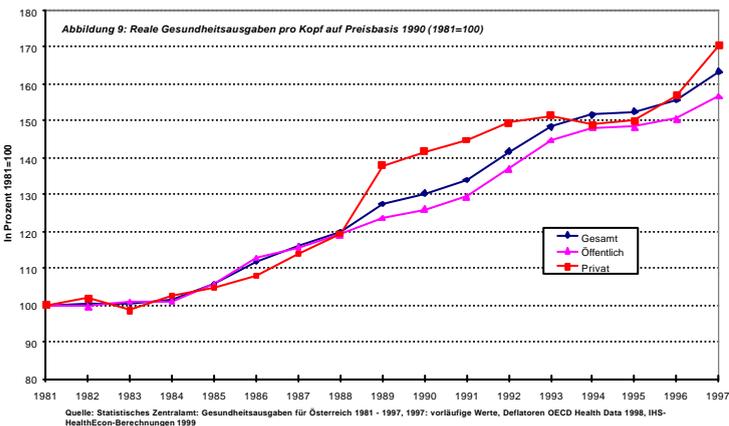
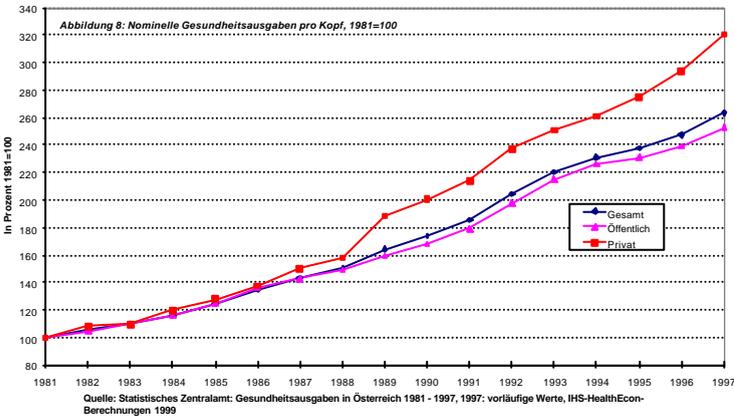
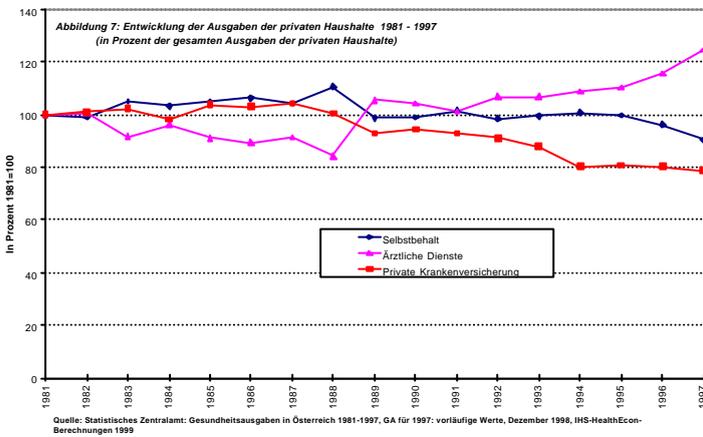
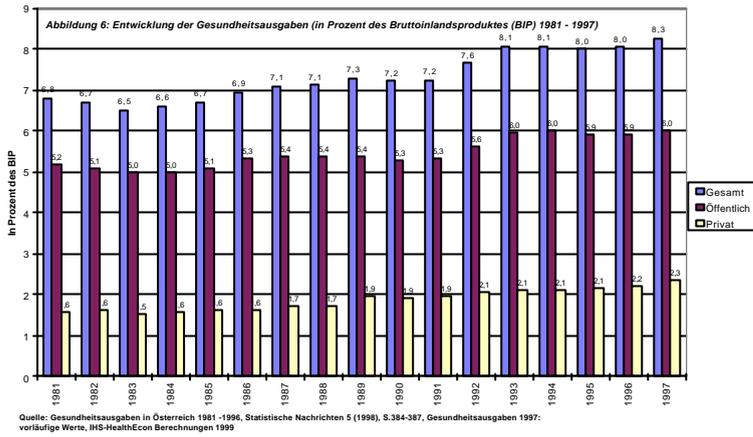
### 1 DIE ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITS-AUSGABEN UND IHRER KOMPONENTEN IN ÖSTERREICH

*Gesundheitsbewußtsein, übersetzt in den Konsum von Gesundheitsleistungen, ist für die österreichische Bevölkerung ein hohes, um nicht zu sagen, ein superiores Gut. Real wuchsen die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum realen BIP pro Kopf allerdings unterproportional. Dies ist ein Ergebnis, das im Hinblick auf gestiegene Leistungsmengen und eine Vielfalt von neuen Waren und Leistungen bei gleichzeitig konstant steigenden Lebenserwartungen jeglicher Erfahrung widerspricht. Neben erheblichen Meßproblemen könnte ein möglicher Grund für diese Entwicklung relativ überhöhte Preise im privaten Sektor sein, die vor allem im Lichte der wachsenden Konsumausgaben für*

<sup>12</sup> Weisbrod (1991) und Newhouse (1992) erörtern ausführlich den Einfluß von technologischen Veränderungen und von Forschungs- und Entwicklungsschwerpunkten auf die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen. Weisbrod, B.A.: "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment", *Journal of Economic Literature* 29 (1991), S. 523-52; Newhouse, J.P.: "Medical Care Costs: How much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives* 6/3 (1992), S. 3-21.

*Gesundheit die privaten Haushalte verstärkt belasten.*

---



Die gesamten Gesundheitsausgaben<sup>13</sup> in Prozent des Bruttoinlandsproduktes betragen 1997 8,3 Prozent und waren auf der Basis 1981 um 21,4 Prozent höher. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben waren um 16,5 Prozent höher. Am stärksten stiegen die Konsumausgaben der privaten Haushalte, die 1997 auf der Basis 1981 einen Zuwachs von 48 Prozent verzeichneten (Abbildung 6). Abbildung 7 zeigt, daß die Ausgaben für ärztliche Dienste als Anteil an den gesamten Ausgaben der privaten Haushalte im Beobachtungszeitraum um 25 Prozent gestiegen sind. Die Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben zeigt ebenso ein im Verhältnis zu den öffentlichen Haushalten überproportionales Wachstum der Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit. Abbildung 8 stellt die Entwicklung der nominellen Ausgaben pro Kopf dar. 1997 waren die Ausgaben der privaten Haushalte im Vergleich zu 1981 mehr als drei mal so hoch und gegenüber den Ausgaben der öffentlichen Haushalte, die freilich auch mehr als doppelt so hoch waren, waren sie um 27 Prozent höher. Bezogen auf die Preise 1990<sup>14</sup> konnte eine Steigerung der realen pro Kopf Ausgaben der privaten Haushalte von 70 Prozent festgestellt werden (vgl. Abbildung 9).

Wie Tabelle 3 erkennen läßt, betrug das jahresdurchschnittliche Wachstum der Ausgaben der privaten Haushalte für ärztliche Dienste etwas mehr als 10 Prozent und war damit doppelt so hoch wie jenes der Komponenten direkte Kostenbeteiligungen und Ausgaben für die Private Krankenversicherung. Die nominellen Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit wuchsen im gesamten Beobachtungszeitraum 8,03 Prozent jährlich. Zwischen 1982 und 1989 betrug die Wachstumsrate 8,4 Prozent. Sie verringerte sich in der Periode 1990 bis 1997 auf 7,7 Prozent.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben wuchsen zwischen 1981 und 1997 um 6,4 Prozent. Die Staatsausgaben insgesamt 5,9 Prozent und die Gesundheitsausgaben insgesamt 6,7 Prozent.

Verstärkt durchgeführte Konsolidierungspolitik auch bei den Sozialversicherungsträger, die immerhin mehr als 80 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben finanzieren tragen sicherlich zur relativen Verlangsamung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte bei. Maßnahmen wie restriktive Niederlassungsbewilligungen und

<sup>13</sup> Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR - Konzept; 1981 bis 1997: Statistisches Zentralamt, Dezember 1998.

<sup>14</sup> Die nominellen gesamten und öffentlichen Gesundheitsausgaben wurden mit dem BIP-Deflator bereinigt. Die Ausgaben der privaten Haushalte hingegen mit dem Preisindex für den privaten Konsum medizinischer Leistungen gemäß OECD Health Data 1998.

		1981-1997	1982-1989	1990-1997
Gesundheitsausgaben	Öffentliche	6,43	6,32	6,74
	Private	3,30	8,42	7,70
Private Haushalte	Direkte Kostenbeteiligungen	7,36	8,33	6,35
	Ärztliche Dienste	9,35	9,17	10,48
	Private	6,44	7,11	4,94
	Krankenversicherung			
Bruttoinlandsprodukt		5,42	5,39	4,79
Staatsausgaben, Insgesamt		5,86	5,5	5,65
Gesundheitsausgaben, Insgesamt		6,70	6,67	6,85

Quellen: Statistisches Zentralamt Dezember 1998, IHS-HealthEcon Berechnungen 1999.

effektive Preisverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie sowie die Budgetierung der Ausgaben für Teilbereiche des Gesundheitswesens dürften wirksame Instrumente gewesen zu sein, das Ausgabenwachstum zu begrenzen.

Die Präferenzen der privaten Haushalte nach Ärztlichen Diensten könnte mit dem vermehrt in Anspruch genommenen (Fach-)ÄrztInnen, die keine Kassenverträge haben, zusammenhängen (Wahlarzthilfe). Seit 1996 wird darüber hinaus für Wahlarzthilfe nur mehr 80 Prozent der Kosten erstattet. Aus dieser Analyse ist freilich nicht ersichtlich, ob die Präferenzen der Privaten Haushalte nach PrivatärztInnen mit einem stärkeren Gesundheitsbewußtsein in Verbindung mit relativ frei verfügbarem Einkommen zu tun haben und/oder erhöhte Zuzahlungen der privaten Haushalte für die Dynamik der Entwicklung der Gesundheitsausgaben verantwortlich sind.

von Gesundheitsleistungen, für die österreichische Bevölkerung ein hohes, um nicht zu sagen, ein superiores Gut sind.

## 2 ELASTIZITÄTEN DER GESUNDHEITSAUSGABEN IN ÖSTERREICH 1981 BIS 1997

Bei einem nominellen BIP-Wachstum pro Kopf von einem Prozent, wuchsen die nominellen Gesundheitsausgaben pro Kopf in der Zeitperiode 1981 bis 1997 mit 95%iger Wahrscheinlichkeit zwischen 1,24 und 1,37 Prozent, die Konsumausgaben der privaten Haushalte stiegen relativ um 1,68 Prozent und der öffentliche Konsum um 1,25 Prozent. Relativ zum BIP-Wachstum war das Wachstum der Gesundheitsausgaben 1990 bis 1997 unterproportional. Bei Betrachtung der Ausgaben der privaten Haushalte zeigte sich jedoch weiterhin ein deutlich schnellerer Ausgabenzuwachs, der insbesondere zwischen

GA		Koeffizient BIP	Konfidenzintervall 95%		Konstante	Konfidenzintervall 95%		Bestimmtheitsmaß
			untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze	
<b>Gesamt</b>	1981-1997	1,30***	1,24	1,37	-2,76***	-3,09	-2,42	0,99
	1982-1989	1,31***	1,16	1,46	-2,78***	-3,58	-1,98	0,98
	1990-1997	0,65***	0,54	0,76	2,62***	2,16	3,08	0,97
<b>Privat</b>	1981-1997	1,68***	1,41	1,95	2,62***	2,19	3,06	0,92
	1982-1989	1,57***	1,25	1,89	-4,78***	-6,44	-3,12	0,95
	1990-1997	1,65***	1,45	1,84	-5,20***	-6,27	-4,12	0,98
<b>Öffentliche</b>	1981-1997	1,25***	1,18	1,31	-2,58***	-2,94	-2,23	0,99
	1982-1989	1,26***	1,12	1,40	-2,65***	-3,41	-1,90	0,99
	1990-1997	1,49***	1,19	1,78	-3,89***	-5,48	-2,29	0,96

\*\*\*  $p < 0.001$

Quelle: Statistisches Zentralamt, Dezember 1998, IHS HealthEcon-Berechnungen 1999.

Wahrscheinlich ist eine Mischung aus diesen beiden Erscheinungsformen.

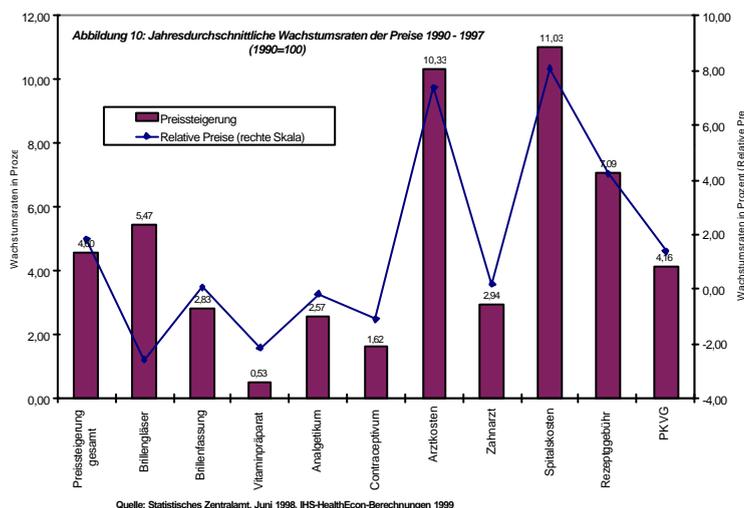
Ohne die Gründe im Detail differenzieren zu können, warum die Ausgaben der privaten Haushalte relativ am stärksten wuchsen, scheinen die Daten darauf hinzuweisen, daß Gesundheitsbewußtsein, übersetzt in den Konsum

1990 und 1997 zu beobachten ist und über jenem lag, den die öffentlichen Haushalte zu verzeichnen hatten (vgl. Tabelle 4).

Bei Verwendung des Deflators für die österreichischen Gesundheitsausgaben zeigte sich, daß die Elastizität im Zeitraum 1981 bis 1997 in einem 95%igen Sicherheitsbereich zwischen 0,63 und 0,86 Prozent lag, d.h., daß real die

Gesundheitsausgaben unterproportional zum realen BIP pro Kopf wuchsen<sup>15</sup>. Dies ist ein Ergebnis, das im Hinblick auf gestiegene Leistungsmengen und einer Vielfalt von neuen Waren und Leistungen bei gleichzeitig konstant steigenden Lebenserwartungen jeglicher Erfahrung widerspricht. Bei Zerlegung dieser Gesamtperiode in Zeitabschnitte zeigte sich jedoch an der oberen Grenze der Vertrauensintervalle ebenso ein überproportionales Ausgabenwachstum.

Abbildung 10 zeigt die Preissteigerung im Gesundheitswesen, zerlegt in die Komponenten des Index. Spitalskosten und Arztkosten weisen die höchsten Wachstumsraten auf, gefolgt von Rezeptgebühr und Brillengläser. Die Preisentwicklung im österreichischen Gesundheitssektor wird jedoch überschätzt erachtet<sup>16</sup> bzw. spiegeln die die Komponenten des Preisindex nur selektiv das Leistungsgeschehen



wider. Als ein Grund für die Überschätzung der Preise wird angegeben, daß der Deflator eher eine Tarifentwicklung widerspiegelt, denn wahre Preise. Vermutet wird weiters, daß bestimmte Deregulierungsmaßnahmen in den 90er Jahren dazu geführt haben, daß verstärkter Wettbewerb in Teilbereichen des Gesundheitssektors zu einem Sinken der Preise geführt habe. Dies hätte vor allem ab 1994 die Nachfrage und damit den

Konsum von Gesundheitsleistungen belebt. Allerdings muß berücksichtigt bleiben, daß selbst wenn der Index verzerrt ist und Tarife freilich keine wahren Preise sind, dieselben Monopolrenten enthalten könnten, die das Preisniveau relativ erhöhen und damit tendenziell wohlfahrtsmindernd wirken können. Die kürzlich geführte Debatte um die Zahnkronen läßt beispielsweise vermuten, daß die ausverhandelten Richtpreise über einem "Machbarkeitspreis" liegen.

### 3 DER GESUNDHEITSEKTOR WIRD WEITER EXPANDIEREN

Die Tatsache, daß die Wachstumsraten des Preisindizes für das Gesundheitswesen<sup>17</sup> teilweise erheblich über jenen des gesamtwirtschaftlichen Preisindizes liegt, wird üblicherweise damit erklärt, daß die Produktivität im Gesundheitswesen langsamer wächst als in der Gesamtwirtschaft.

Dies deshalb, weil das Gesundheitswesen ein Dienstleistungssektor ist. Wenn die Produktivitätsgewinne in einem Sektors geringer sind, als in der Gesamtwirtschaft, dann steigen die relativen Preise über die Zeit. Weiters steigen die Ausgaben, weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen – zumindest in den Kernbereichen, die global allerdings mehr als 60 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verursachen – relativ preisunelastisch ist. Produktivitätsfortschritte im Gesundheitswesen zu erfassen, ist besonders schwierig, weil das "Endprodukt" schwer zu ermitteln ist. Allerdings ist die Annahme, daß es in den Kernbereichen des Gesundheitswesens, z. B. in der akut-medizinischen Versorgung, keine Produktivitätsfortschritte gibt und gab, ziemlich unplausibel. Wahrscheinlich sind eher überproportionale Produktivitätsfortschritte im Gesundheitsbereich, die allerdings bislang nicht feststellbar sind. Qualitätsfortschritte in den Behandlungen kommen in den Preisindizes nur sehr unvollkommen zum Ausdruck. Demnach wird

<sup>15</sup> In einer Untersuchung der OECD aus dem Jahr 1987 betrug die Elastizität der realen Gesundheitsausgaben im Länderquerschnitt eines Samples von 18 Ländern 1,6 Prozent. OECD: *Financing and delivering Health Care* (1987), Paris.

<sup>16</sup> Laut Auskunft des Statistischen Zentralamtes vom 8. 6. 1998 ist die Preisentwicklung im Gesundheitssektor vor allem in der Periode 1981 bis 1989 überschätzt. Zwischen 1990 und 1996 dominierte wahrscheinlich der Real-effekt den Preiseffekt; d. h. die Hypothese ist, die Preise sind relativ gesehen gesunken und die Umsätze gestiegen, also für Gesundheitsleistungen wird mehr ausgegeben.

<sup>17</sup> In einer Untersuchung wurden als Determinanten der Preissteigerungen im Gesundheitswesen neben dem allgemeinen Preisniveau, dem realen Pro Kopf Einkommen, der Nutzung technologischer Innovationen und des Anteils der Bevölkerung über 65 die Ärztdichte identifiziert. Allerdings war der Zusammenhang mit der Preissteigerung negativ. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, daß steigende Ärztdichte nicht nur wie bisher vermutet zur Belebung der Nachfrage beiträgt, sondern daß steigendes Angebot zu Preissenkungen bei ärztlichen Leistungen führt. Cebula, R. J.: Determinants of the inflation rate of the health care CPI in the US, *Applied Economic Letters* 5 (1998), S. 47-49.

es in Hinkunft von noch größerer Bedeutung sein, den Einfluß von Faktorbewegungen und -preisen über die Zeit genau zu untersuchen und die (Arbeits-) Produktivität auf eine sinnvolle Art und Weise Output-orientiert zu messen, d. h., auch eine meßbare Vorstellung über die realen Effekte der rasanten Produkt-, aber auch Prozeßinnovationen in diesem Bereich zu haben.

## ANHANG

**MITTELFRISTIGE PROGNOSE DER ÖSTERREICHISCHEN WIRTSCHAFT**

Nach der aktuellen mittelfristigen Prognose wird sich das reale Wirtschaftswachstum nach einem Wert von 3,3% (1998) auf 2,4% (1999) verlangsamen und im Jahr 2000 mit 1,9% einen Tiefpunkt erreichen. Für die Anzahl der unselbständig Beschäftigten wird ein weiterer Anstieg erwartet, sodaß 1999 erstmals die Grenze von 3 Mio. Beschäftigten überschritten wird; die Schwankungen dieses Beschäftigungsanstiegs verlaufen ohne zeitliche Verzögerung parallel zur Konjunktorentwicklung. Die Arbeitslosenrate dürfte nach einem längeren kontinuierlichen Anstieg wieder eine leichte Tendenz zum Rückgang aufweisen, ein etwas spürbarer Rückgang wird aber erst ab 2002 erwartet. Die Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität sinkt bis 2000 auf 1,6%, dürfte in den folgenden Jahren aber wieder auf Werte um 2% steigen. Die Bruttolohnsumme steigt 1999 um 3,2% an und weist in den folgenden Jahren ein noch stärkeres Wachstum auf; bezogen auf die einzelnen Beschäftigten ist dieses Wachstum um bis zu einen halben Prozentpunkt geringer, da ja gleichzeitig von weiterem Beschäftigungswachstum ausgegangen wird. Auch die Beiträge zur Sozialversicherung steigen in ähnlichem Ausmaß. Angesichts steigender Realeinkommen der privaten

Haushalte wird von einem Anstieg des realen Konsums von 3,4% (1999) bzw. 3,9% (2000) ausgegangen, die Sparquote dürfte weiter auf dem eher niedrigen Niveau von 8% verharren. Das niedrige Niveau von Inflationsrate und Zinssatz unterstützt diese Tendenz.

Im letzten halben Jahr haben praktisch alle internationalen Prognose-Institute ihre mittelfristigen Wachstumserwartungen nochmals nach unten revidiert. Dies wurde vor allem darauf zurück geführt, daß sich im Laufe des Jahres 1998 die Auswirkungen der ostasiatischen Finanzturbulenzen auch auf Rußland und Lateinamerika ausgedehnt haben und in nächster Zukunft auch die zarte Wachstumsbeschleunigung in Europa beeinträchtigen dürften. Da die weltwirtschaftliche Gesundung mehr Zeit in Anspruch zu nehmen scheint als noch vor einem Jahr erwartet, könnte der für heuer erwartete konjunkturelle Tiefpunkt auch erst im nächsten Jahr eintreten. Für die darauffolgenden Jahre erwarten die Prognostiker von OECD und NIESR (National Institute of Economic and Social Research) wieder eine moderate Beschleunigung des Wirtschaftswachstums im EU-Raum. Dementsprechend wäre auch zu erwarten, daß das Wachstum des Gesundheitswesens begünstigt und hoffentlich auch vermehrt zur Produktivitätsentwicklung beitragen wird.

Tabelle A1	Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999 <sup>2</sup>	2000 <sup>2</sup>
Bruttoinlandsprodukt zu Preisen 1983 <sup>1</sup>	1601.65	1628.70	1660.98	1702.84	1759.58	1801.45	1835.85
		1.7%	2.0%	2.5%	3.3%	2.4%	1.9%
Bruttoinlandsprodukt, nominal <sup>1</sup>	2237.94	2328.74	2414.64	2514.37	2626.25	2724.06	2827.01
		4.1%	3.7%	4.1%	4.4%	3.7%	3.8%
Unselbständig Beschäftigte <sup>3</sup>	2971.650	2972.259	2955.750	2968.506	2998.999	3014.755	3023.117
		0.0%	-0.6%	0.4%	1.0%	0.5%	0.3%
Arbeitslosenrate	6.54	6.6	7.0	7.1	7.2	7.1	7.1
Veränderung in Prozentpunkten		0.0	0.5	0.1	0.1	-0.1	0.0
Lohnsumme laut VGR <sup>1</sup>	1195.303	1237.075	1252.986	1267.509	1305.936	1347.290	1393.730
		3.5%	1.3%	1.2%	3.0%	3.2%	3.4%
Brutto-Lohnsumme je Beschäftigtem <sup>4</sup>	325.300	337.313	343.659	345.962	352.978	362.430	374.685
		3.7%	1.9%	0.7%	2.0%	2.7%	3.4%
Arbeitsproduktivität <sup>4</sup>	538.977	547.966	561.946	573.634	586.722	597.538	607.272
		1.7%	2.6%	2.1%	2.3%	1.8%	1.6%
Lohnquote, bereinigt	70.01	69.12	68.13	66.45	65.78	65.73	65.83
Veränderung in Prozentpunkten		-0.9	-1.0	-1.7	-0.7	0.0	0.1
Einnahmen der Sozialversicherung <sup>1</sup>	300.523	315.815	329.098	338.422	351.104	362.449	375.677
Veränderung in Prozentpunkten		5.1%	4.2%	2.8%	3.7%	3.2%	3.6%
Verbraucherpreisindex (Basis=1966)	342.50	350.18	356.69	361.37	364.64	368.51	374.13

1 in Milliarden ATS.

2 Mittelfristige Prognose IHS, Jänner 1999

3 Ohne KarenzgeldbezieherInnen und Präsenz(Zivil)diener mit aufrechtem Beschäftigungsverhältnis.

4 in Tausend ATS

Quelle: Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 1998/99, Institut für Höhere Studien, Jänner 1999.

Tabelle A2	BRUTTOINLANDSPRODUKT PRO KOPF										EU-15=100								
	US-Dollar, Kaufkraftparitäten																		
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Österreich</b>	<b>16712</b>	<b>17576</b>	<b>18581</b>	<b>19190</b>	<b>20036</b>	<b>20618</b>	<b>21965</b>	<b>22789</b>	<b>22262</b>	<b>110</b>	<b>110</b>	<b>111</b>	<b>111</b>	<b>110</b>	<b>109</b>	<b>111</b>	<b>110</b>	<b>109</b>	
Belgien	16668	17538	19011	19699	20577	21107	21986	22902	22452	110	110	113	114	113	111	111	110	110	
Dänemark	16557	17497	18096	19169	20419	21479	22669	23874	22679	109	110	108	111	112	113	114	115	111	
Deutschland	14626	17070	18453	18558	19747	20466	21622	22385	21741	96	107	110	108	109	108	109	108	107	
Finnland	16203	15540	14868	15636	16330	17911	18634	19821	19814	107	97	89	91	90	94	94	96	97	
Frankreich	17358	18244	19003	18684	19279	19909	20464	21290	20695	114	114	113	108	106	105	103	103	101	
Griechenland	9187	9829	10680	11047	11700	12222	13143	13805	13608	60	62	64	64	64	64	66	67	67	
Großbritannien	15907	15758	16600	16881	17558	17865	19055	20139	19669	105	99	99	98	97	94	96	97	96	
Irland	11378	12149	13465	14255	15713	17198	18190	18875	20245	75	76	80	83	87	91	92	91	99	
Italien	16257	17198	18099	17717	18682	19460	20236	20914	20069	107	108	108	103	103	102	102	101	98	
Luxemburg	22809	24382	26523	28176	30178	31206	31677	33089	32679	150	153	158	163	166	164	160	160	160	
Niederlande	15926	16517	17424	17854	18838	19852	20481	21450	20964	105	104	104	104	104	105	103	103	103	
Portugal	9372	10167	10889	11431	12042	12457	12963	13672	14095	62	64	65	66	66	66	65	66	69	
Schweden	17011	16898	16908	16824	17543	18727	19419	20150	19528	112	106	101	98	97	99	98	97	96	
Spanien	11856	12873	13287	13440	13743	14318	15162	15800	15593	78	81	79	78	76	75	76	76	76	
EU-15§	15188	15949	16792	17237	18159	18986	19844	20730	20406	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
EU-EURO§	15379	16296	17237	17695	18651	19500	20307	21181	20964	101	102	103	103	103	103	102	102	103	
Schweiz	21223	21770	22829	23498	24173	24992	24608	25088	n.v.	140	136	136	136	133	132	124	121	n.v.	
USA	22224	22605	23600	24551	25764	26711	27821	29195	n.v.	146	142	141	142	142	141	140	141	n.v.	
Estland	n.v.	8819	7283	6750	6697	7057	7407	8251	n.v.	n.v.	55	43	39	37	37	37	40	n.v.	
Polen	5089	4718	4828	5000	5242	5565	5866	6271	n.v.	34	30	29	29	29	29	30	30	n.v.	
Slowenien	11878	10896	10333	10500	11087	11704	12308	12776	n.v.	78	68	62	61	61	62	62	62	n.v.	
Tschechien	10027	8825	8268	8200	8414	8759	9184	9193	n.v.	66	55	49	48	46	46	46	44	n.v.	
Ungarn	7471	7224	6375	6200	6400	6558	6789	7088	n.v.	49	45	38	36	35	35	34	34	n.v.	
MOEL-5§	8616	8096	7417	7330	7568	7929	8311	8716	n.v.	57	51	44	43	42	42	42	42	n.v.	

§ ungewichteter Durchschnitt.

**Quellen:** OECD-Health Data 1998, Daten für Mittel- und osteuropäische Länder (MOEL-5): Nationale Statistiken, WHO Health for All Database 1999, BIP 1998: Eurostat: Tabelle agc01u16 ESGV-Aggregate zu jeweiligen Preisen - in KKS, IHS-HealthEcon Berechnungen 1999.

Tabelle A3	GESAMTE GESUNDHEITSAUSGABEN PRO KOPF								EU-15=100							
	US-Dollar, Kaufkraftparitäten															
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Österreich</b>	<b>1204</b>	<b>1272</b>	<b>1409</b>	<b>1529</b>	<b>1594</b>	<b>1641</b>	<b>1748</b>	<b>1793</b>	<b>106</b>	<b>103</b>	<b>105</b>	<b>110</b>	<b>110</b>	<b>109</b>	<b>110</b>	<b>109</b>
Belgien	1248	1382	1516	1600	1656	1664	1708	1747	110	112	113	115	114	110	108	106
Dänemark	1364	1429	1486	1608	1677	1708	1802	1848	120	115	111	116	116	113	114	112
Deutschland	1279	1603	1834	1847	1982	2128	2278	2339	112	129	137	133	137	141	144	142
Finnland	1292	1416	1384	1310	1290	1370	1380	1447	113	114	103	94	89	91	87	88
Frankreich	1539	1656	1783	1834	1874	1971	1983	2103	135	134	133	132	130	131	125	128
Griechenland	386	415	476	549	636	703	888	974	34	33	35	39	44	47	56	59
Großbritannien	955	1021	1151	1165	1213	1234	1317	1347	84	82	86	84	84	82	83	82
Irland	759	855	982	1047	1124	1204	1276	1324	67	69	73	75	78	80	81	80
Italien	1321	1449	1540	1515	1562	1503	1584	1589	116	117	115	109	108	100	100	97
Luxemburg	1495	1575	1743	1891	1956	2077	2139	2340	131	127	130	136	135	138	135	142
Niederlande	1326	1417	1536	1599	1652	1743	1766	1825	116	114	115	115	114	116	112	111
Portugal	614	731	806	875	941	1025	1071	1125	54	59	60	63	65	68	68	68
Schweden	1492	1462	1496	1504	1533	1590	1675	1728	131	118	112	108	106	106	106	105
Spanien	815	900	974	1010	1015	1042	1115	1168	72	73	73	73	70	69	70	71
EU-15§	1139	1239	1341	1392	1447	1507	1582	1646	100	100	100	100	100	100	100	100
EU-EURO§	1172	1296	1410	1460	1513	1579	1641	1709	103	105	105	105	105	105	104	104
Schweiz	1760	1937	2115	2197	2288	2403	2499	2547	154	156	158	158	158	159	158	155
USA	2799	3035	3276	3468	3628	3767	3898	4090	246	245	244	249	251	250	246	248
Estland	538	480	482	675	735	749	687 <sup>+</sup>	798 <sup>+</sup>	47	39	36	48	51	50	43	48
Polen	224 <sup>+</sup>	216	234	229	219	225 <sup>+</sup>	371	323 <sup>+</sup>	20	17	17	16	15	15	23	20
Slowenien	311	311	449	654	743	856 <sup>+</sup>	976 <sup>+</sup>	1097 <sup>+</sup>	27	25	33	47	51	57	62	67
Tschechien	538	480	482	675	735	749	904	922 <sup>+</sup>	47	39	36	48	51	50	57	56
Ungarn	322 <sup>+</sup>	391	424	406	459	562	602	626 <sup>+</sup>	28	32	32	29	32	37	38	38
MOEL-5§	386 <sup>+</sup>	376	414	528	578	628 <sup>+</sup>	713 <sup>+</sup>	753 <sup>+</sup>	34	30	31	38	40	42	45	46

§ ungewichteter Durchschnitt, <sup>+</sup> Schätzung durch Extrapolation.

**Quellen:** OECD-Health Data 1998, WHO Health for All Database 1999, Jahrbuch des polnischen Statistikamtes 1997, Tabelle 7 (697) S. 505, Jahrbuch des tschechischen Statistikamtes 1997, Table 24-15 S. 585, IHS-HealthEcon Berechnungen 1999.

Tabelle A4	ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSAUSGABEN								EU-15=100							
	in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben															
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Österreich</b>	<b>73,5</b>	<b>73,4</b>	<b>73,3</b>	<b>73,9</b>	<b>74,1</b>	<b>73,3</b>	<b>72,0</b>	<b>72,0</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>94</b>
Belgien	88,9	88,1	88,9	88,9	87,9	87,8	87,7	87,6	111	111	112	112	112	112	114	115
Dänemark	86,1	86,6	86,7	86,3	86,6	86,1	65,2	65,0	108	109	109	109	110	110	85	85
Deutschland	76,2	78,2	78,5	77,6	77,6	78,2	78,3	77,4	95	98	99	98	99	100	102	101
Finnland	80,9	81,1	79,6	76,3	74,8	74,7	78,4	77,0	101	102	100	97	95	95	102	101
Frankreich	74,5	74,7	74,6	74,2	78,4	80,6	80,7	78,4	93	94	94	94	100	103	105	102
Griechenland	82,3	80,2	76,1	76,2	76,2	75,8	77,5	74,8	103	101	96	96	97	97	101	98
Großbritannien	84,1	83,7	84,5	84,8	84,1	84,4	84,5	84,5	105	105	107	107	107	108	110	110
Irland	72,9	74,4	75,1	75,3	75,2	74,7	74,2	75,0	91	93	95	95	95	95	96	98
Italien	78,1	78,4	76,3	73,1	70,6	69,3	69,8	69,9	98	98	96	92	90	88	91	91
Luxemburg	93,1	93,0	92,8	92,9	91,8	92,4	92,6	91,8	117	117	117	118	117	118	120	120
Niederlande	72,7	74,1	77,4	78,3	77,5	76,7	72,1	72,0	91	93	98	99	98	98	94	94
Portugal	65,5	62,8	59,6	63,0	63,4	60,5	59,8	60,0	82	79	75	80	80	77	78	78
Schweden	89,9	88,2	87,2	85,7	84,6	83,4	83,0	83,3	113	111	110	108	107	106	108	109
Spanien	78,7	78,7	78,7	79,1	78,7	78,7	78,7	78,7	99	99	99	100	100	100	102	103
EU-15§	79,8	79,7	79,3	79,0	78,8	78,4	77,0	76,5	100	100	100	100	100	100	100	100
EU-EURO§	77,7	77,9	77,7	77,5	77,3	77,0	76,8	76,3								
Schweiz	68,4	68,6	70,1	71,8	72,1	72,3	70,0	69,9	86	86	88	91	92	92	91	91
USA	40,7	41,9	42,9	43,5	44,8	45,9	46,7	46,7	51	53	54	55	57	59	61	61
Estland	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	88,0	87,0	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	n,v,	114	114
Polen	100,0	94,1	93,6	93,5	93,5	93,1	92,7	93,0	125	118	118	118	119	119	120	122
Slowenien	100,0	100,0	100,0	93,0	91,0	89,7	89,1	88,3	125	125	126	118	116	114	116	115
Tschechien	96,2	96,7	95,4	94,8	93,9	92,6	92,4	92,0	121	121	120	120	119	118	120	120
Ungarn	100,0	100,0	91,9	71,1	71,7	69,8	69,3	69,1	125	125	116	90	91	89	90	90

§ ungewichteter Durchschnitt,

**Quellen:** WHO Health for All Database 1999, OECD-Health Data 1998, IHS-HealthEcon Berechnungen 1999.