



Health System Watch

Ein kritischer Blick auf verlangsamtes Ausgabenwachstum im Zuge der Finanzkrise

Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Irina Zielinska*

Zusammenfassung

Die Finanz- und Wirtschaftskrise der letzten Jahre hatte massive Auswirkungen auf die öffentliche Finanzierung von Gesundheitssystemen. Wir betrachten diese Entwicklung in Zahlen und zeigen an ausgewählten Beispielen die Reaktionen in der Gesundheitspolitik. Es zeigen sich dabei große Unterschiede zwischen den Ländern, die von massiven Kürzungen in vielen Bereichen bis zur Ausweitung der Versicherungsabdeckung zur Kompensation der sozialen Folgen der Krise reichen. Generell zeigt diese lang dauernde Krise, dass Gesundheitssysteme idealerweise bereits auf Schocks vorbereitet sein sollten, und unterstreicht die Notwendigkeit von zukunftsgerichteten Reformen, wie sie in Österreich in Angriff genommen wurden.

Einleitung

Die im Jahr 2008 ausgebrochene Finanzkrise zog weltweit weitreichende Folgen für verschiedene Bereiche des ökonomischen und gesellschaftlichen Lebens nach sich, auch für die Gesundheitssysteme. Durch die Krise wurden bestehende Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Länder, verschärft. In einigen Ländern half der Ausbruch der Krise aber auch, die Notwendigkeit dringender Reformen im Gesundheitssektor sichtbar zu machen und umzusetzen. Die WHO maß der Wirtschaftskrise eine so hohe Bedeutung für die Gesundheitssysteme bei, dass sie einen eigenen „Health and Financial Crisis Monitor“ einrichtete (www.hfcm.eu/) und in einer großen Publikation (Thomson et al. 2015) Länderfallstudien zusammenfasste – Quellen, die auch viele Informationen für unsere Arbeit lieferten.

Die vorliegende Ausgabe des Health System Watch geht der Frage nach, wo welche Bereiche des Gesundheitssystems von der Krise betroffen waren und in welchem Ausmaß dies der Fall war. Dazu werden die wichtigsten Komponenten der öffentlichen Gesundheitsausgaben (stationärer und ambulanter Bereich, Arzneimittel und Prävention) und die privaten Gesundheitsausgaben vor der Finanzkrise bis 2009 und danach analysiert. Ergänzend wird beispielhaft über Reaktionen einiger europäischer Länder in den einzelnen Sektoren berichtet.

* Alle: Institut für Höhere Studien (IHS); Josefstädter Straße 39, 1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health.econ@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: www.ihs.ac.at

Zusammenfassung

Einleitung





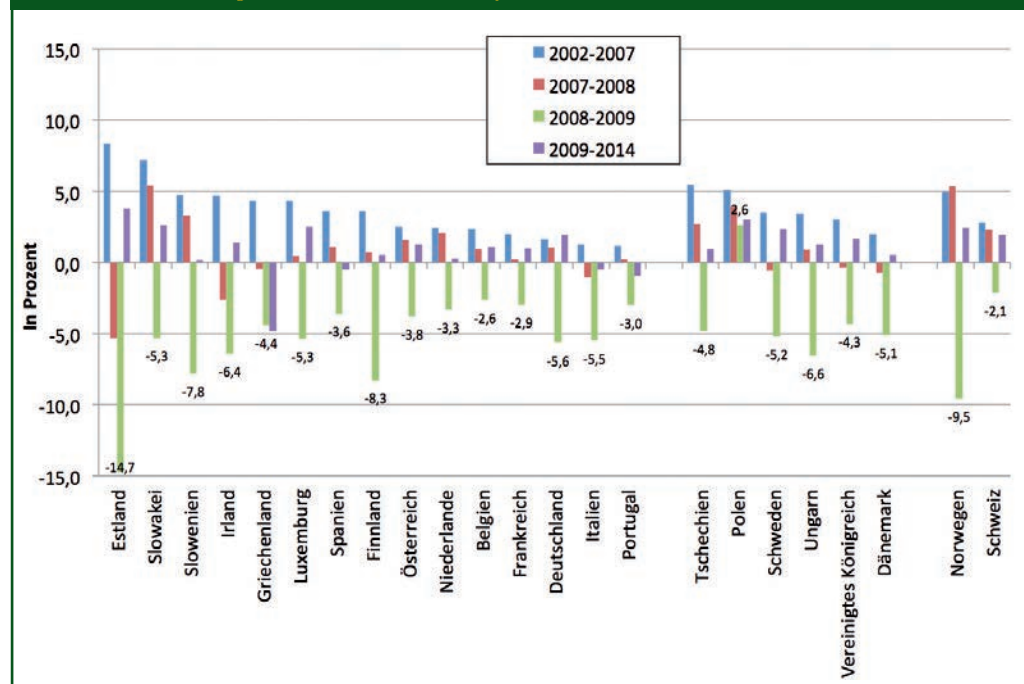
Wirtschaftsentwicklung vor, während und nach der Finanzkrise

Wirtschaftsentwicklung vor, während und nach der Finanzkrise

Ein genauer Blick auf die Wirtschaftsentwicklung der europäischen OECD-Länder lässt erkennen, dass die einzelnen Nationen – von einem unterschiedlich hohen Niveau ausgehend – unterschiedlich stark und zu unterschiedlichen Zeitpunkten von der Finanzkrise betroffen waren (vgl. Abbildung 1). So wiesen beispielsweise Estland, Irland und Griechenland vor 2007 relativ hohe reale BIP-Wachstumsraten auf, ehe für diese Länder schon früh – 2007 und 2008 – ein negatives Wirtschaftswachstum zu verzeichnen war. Die Mehrheit der Länder, darunter auch Österreich (+1,5 %), konnte 2007 und 2008 noch ein positives reales Wachstum erzielen, bevor im Jahr darauf (2009) die Finanzkrise schlagend wurde und zu einem Schrumpfen der Wirtschaft führte. Besonders starke Auswirkungen hatte die Krise 2009 in den baltischen Staaten, z. B. in Estland mit einem Rückgang von 14,7 %, aber auch in den skandinavischen Ländern Norwegen (-9,5 %) und Finnland (-8,3 %).

Österreich lag mit -3,8 % im Mittelfeld und war damit weniger stark betroffen als unsere deutschen Nachbarn (-5,6 %). Das einzige Land des betrachteten Ländersamples mit wachsender Wirtschaftsleistung im Krisenjahr 2009 war Polen (+2,6 %). Auch was die Krisenbewältigung betrifft, gibt es unterschiedliche Entwicklungen: Bei Betrachtung der BIP-Wachstumsraten 2009–2014 zeigt sich eine gute ökonomische Erholung von jahresdurchschnittlich über 2 % in Estland, Polen, der Slowakei, Luxemburg, Norwegen und Schweden. Ganz anders die südeuropäischen Länder: Spanien, Italien, Portugal und insbesondere Griechenland wiesen 2009–2014 negative jahresdurchschnittliche Wachstumsraten auf. Generell ist festzustellen, dass Österreich vor, während und nach der Krise ein ähnliches ökonomisches Verhalten aufwies wie die Volkswirtschaften Belgiens, Deutschlands, Frankreichs, der Niederlande und der Schweiz.

Abbildung 1: Bruttoinlandsprodukt, zu Preisen 2005, (jahresdurchschnittliche) Wachstumsraten in Prozent



Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015





Auswirkungen der Finanzkrise auf die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems

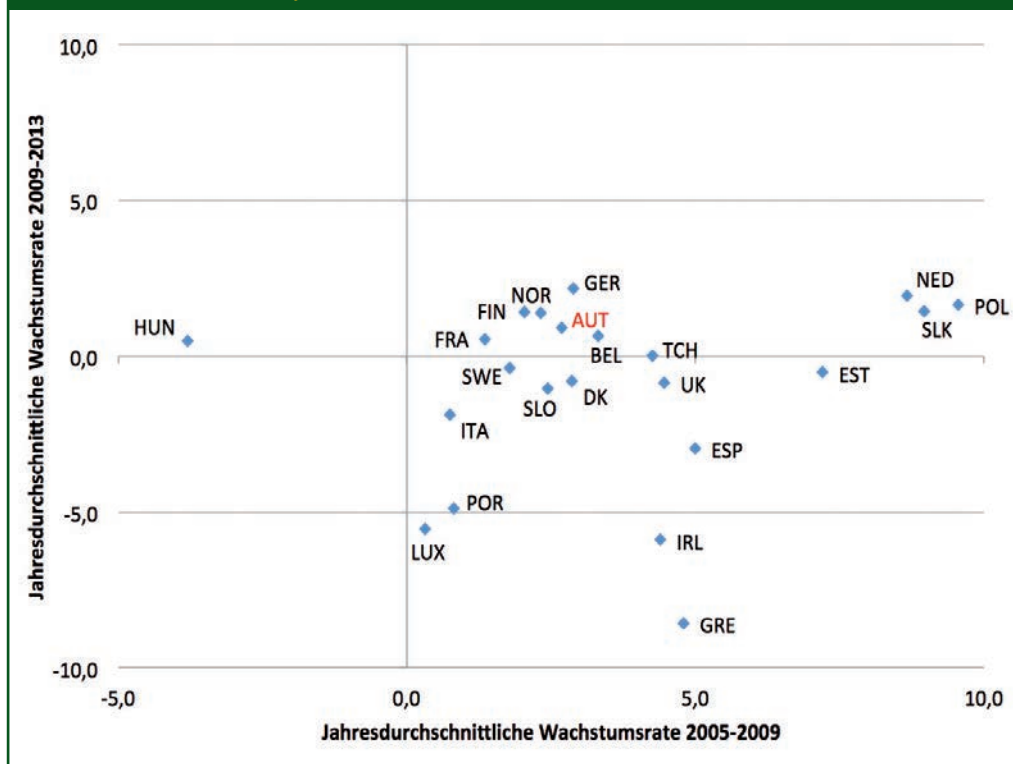
Die Analyse der jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten der realen öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf zeigt, dass 2007–2008 (mit Ausnahme von Ungarn) kein Land des Samples ein negatives Wachstum verzeichnete. 2008–2009 ist ein differenzierteres Bild festzustellen: Einerseits gibt es jene Länder, die schon sehr früh von der Finanzkrise betroffen waren (Estland und Irland) und in denen die realen öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben bereits 2008–2009 rückläufig waren; dies trifft aber auch auf Finnland, Ungarn, Italien und Slowenien zu. Andererseits zeigen sich 2008–2009 in vielen Ländern noch sehr hohe positive Wachstumsraten, beispielsweise in Tschechien (+10,0 %), Griechenland (+10,9 %) oder Dänemark (+6,8 %). Eine Trendumkehr, was das Wachstum der realen Pro-Kopf-Ausgaben betrifft, ist somit bei den meisten Ländern ab 2009 – widergespiegelt in den Wachstumsraten ab 2009/2010 – zu beobachten. Um diesen Trend über mehrere Jahre zu analysieren, werden die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten 2005–2009 und 2009–2013 gegenübergestellt (vgl. Abbildung 2).

Österreich wies vor der Krise (2005–2009) ein moderates Wachstum von jahresdurchschnittlich 2,7 % auf, nach dem Krisenjahr 2009 lag das Wachstum der realen öffentlichen Ausgaben pro Kopf nur mehr bei durchschnittlich 0,9 %; 2012–2013 ist eine negative Wachstumsrate zu erkennen. Welcher der Sektoren des Gesundheitssystems sich dafür verantwortlich zeigt, wird im Folgenden noch erörtert.

Die besonders stark von der Krise betroffenen Länder Griechenland, Irland und Por-

Auswirkungen der Finanzkrise auf die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems

Abbildung 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, zu Preisen 2005, jahresdurchschnittliche Wachstumsraten



Anmerkung: 2005–2007: Griechenland; 2009–2010: Frankreich und Schweden; 2009–2011: Estland; 2009–2012: Irland, Luxemburg und Spanien

Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015



tugal erhielten zwar internationale Finanzhilfen, mussten aber auch starke Einschnitte bei den öffentlichen Ausgaben hinnehmen. Von diesen Einschnitten waren auch die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung betroffen. Beispielsweise bewegen sich die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten dieser Länder nach der Krise um -5% und mehr (vgl. Abbildung 2).

Die Krise hat zu Änderungen betreffend Umfang, Breite und Tiefe der öffentlich finanzierten Leistungen in den Gesundheitssektoren der einzelnen Länder geführt. Die jeweiligen Maßnahmen sind auch in Abhängigkeit davon zu sehen, wie stabil die öffentlichen Finanzen im Vorfeld der Krise waren, in welchem Ausmaß die Länder also auf die Krise vorbereitet waren. Während der Krise wurden in vielen Ländern verstärkt Anstrengungen unternommen, um die Effizienz im Bereich der medizinischen Leistungserbringung zu erhöhen. Gleichzeitig war es oft Ziel, eine Reduktion der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor zu erreichen und dennoch eine hochwertige und für alle zugängliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Was die Abdeckung öffentlich finanzierter Leistungen für bestimmte Bevölkerungs- oder Versichertengruppen betrifft, wurden in der Zeit der Krise unterschiedliche Änderungen in einzelnen Ländern vorgenommen. So wurde der Abdeckungsgrad in einigen Ländern sogar erhöht: In Belgien beispielsweise hat seit 1. Jänner 2008 die gesamte Bevölkerung Anspruch auf die gleichen Gesundheitsleistungen (Gerken, Merkur 2010: 86 f.). In Frankreich wurde 2009 der Kreis der Anspruchsberechtigten auf die kostenlose gesetzliche Krankenversicherung sowie auf die freiwillige öffentliche Zusatzversicherung ausgeweitet (Brunn et al. 2015: 83). In Litauen erfolgte 2009 eine Erweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Selbständige, Bauern und Sportler (Murauskiene et al. 2013: 55). Auch in Estland wurde im Jahr 2009 die gesetzliche Krankenversicherung auf Langzeitarbeitslose in Jobprogrammen ausgedehnt (Habicht, Leinsalu 2015: 371). In einigen Ländern kam es jedoch auch zu Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen: Zum Beispiel wurde in Irland wieder eine Vermögensprüfung für über 70-Jährige eingeführt und somit der automatische Anspruch auf öffentliche Gesundheitsleistungen aufgehoben (Nolan et al. 2015: 153).

Von der Krise betroffen war auch das Personal quer durch alle Sektoren des öffentlichen Gesundheitssystems. In Griechenland beispielsweise wurden 2010 die Gehälter aller Beschäftigten um 20 % gesenkt. Fast alle Zuschüsse und Leistungsprämien für Beschäftigte im Gesundheitssektor wurden 2011 abgeschafft; befristete Verträge von Aushilfspersonal wurden nicht verlängert und Neubesetzungen nach Pensionierungen reduziert (Economou et al. 2015: 120). 2011–2012 sanken in Griechenland die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf um beachtliche 12,8 % (OECD Health Statistics 2015). Auch in Portugal wurden im Jahr 2010 Gehaltserhöhungen, Beförderungen und Neueinstellungen auf Eis gelegt; Spesen, wie Reise- und Essenzuschüsse wurden ebenso gesenkt wie Überstunden und die öffentliche Altersvorsorge. 2012 wurden zudem die jährlichen Bonuszahlungen abgeschafft (Bacelar-Nicolau et al. 2015: 464). Diese einschneidenden Maßnahmen führten in Portugal zu einem realen Pro-Kopf-Rückgang der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 7,8 % in den Jahren 2010–2011 und von 9,2 % in den Jahren 2011–2012 (OECD Health Statistics 2015). In den baltischen Staaten Estland und Litauen wurden ab 2009 die Krankengeldleistungen für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit reformiert und gekürzt. So konnte in Estland die bereits seit vielen Jahren diskutierte Reform erst infolge des Ausbruchs der Krise umgesetzt werden. Die neue Kostenaufteilung zwischen Arbeitgeber und Krankenversicherung¹ (Lai et al. 2013: 72) sowie die Senkung des Krankengeldsatzes

¹ Seit 2009 wird für die ersten drei Krankheits- oder Unfalltage kein Krankengeld bezahlt, der Arbeitgeber zahlt ab dem vierten bis zum achten Tag und danach zahlt die gesetzliche Krankenkasse; zuvor hatte die Kasse ab dem zweiten Tag das Krankengeld ausbezahlt.





von 80 % auf 70 % des Einkommens brachte im Jahr 2010 eine Senkung der Kosten für die Krankenversicherung um 42 %. Der Anteil an den gesamten Kosten der Krankenversicherung konnte im Jahr 2010 von 20 % (2008) auf 12 % reduziert werden (Habicht, Evetovits 2015: 60). Zudem wurden in Estland die Krankengeldleistungen für die Pflege erkrankter Kinder unter 12 Jahren um 20 % gekürzt (Lai et al. 2013: 72).

Im Folgenden werden Änderungen und Reformen im Zusammenhang mit der Finanzkrise in den wichtigsten Sektoren der Gesundheitssysteme ausgewählter Länder näher beschrieben. Zugleich erfolgt auch eine Analyse der öffentlichen Ausgabenaggregate für stationäre bzw. ambulante Gesundheitsversorgung sowie der öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel und Prävention.

Änderungen und Reformen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung

In vielen Ländern des Samples kam es aufgrund der Krise zu Effizienzbemühungen und Reformen im stationären Bereich. Im Zuge dessen wurden zum Beispiel Spitalszusammenlegungen, Bettenreduktionen, Änderungen in der Spitalsfinanzierung, Leistungsverchiebungen in andere Sektoren oder Gehaltsanpassungen realisiert.

Seit 2010 werden in Belgien zunehmend Spitäler zusammengelegt und Wareneinkäufe gemeinsam durchgeführt; zudem wird in die Kooperation bei Weiterbildungen sowie in die Bereiche Informations- und Kommunikationstechnologie investiert (Cleemput, Van de Voorde 2015: 344). Auch in Griechenland führten Zusammenlegungen von Spitälern 2011 zu einer Reduktion der Bettenzahl um 18 %, dennoch stiegen die Betriebskosten in zahlreichen Spitälern deutlich an (Economou, Kaitelidou 2015: 394). In Lettland wurde im Jahr 2009 die bis dato zögerlich verlaufende Restrukturierung des Krankenhaussektors intensiviert. Die Strategie bestand dabei in der Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich (Mitenbergs et al. 2012: 108). Die Anzahl der Spitäler und die Bettendichte nahmen in Folge stark ab, im Zeitraum 2009–2013 um 6,1 % (OECD Health Statistics 2015). Generell ist festzustellen, dass der Bettenabbau nach der Krise in vielen Ländern zügiger vor sich ging als zuvor, so etwa bei unseren osteuropäischen Nachbarn Tschechien (2005–2009: –1,6 % jahresdurchschnittlich, 2009–2013: –3,4 %) und der Slowakei (2005–2009: –1,0 % jahresdurchschnittlich, 2009–2013: –3,2 %). Auch in Österreich reduzierte sich die Akutbettendichte 2009–2013 jahresdurchschnittlich stärker (–1,5 %), als im Zeitraum vor der Krise (–0,8 %, OECD Health Statistics 2015).

2013 wurde in Irland das bisherige System der Spitalsfinanzierung umgestellt, um die zugewiesenen Jahresbudgets an die tatsächlichen Gesundheitsleistungen der Spitäler zu koppeln. Seit 2008 werden die Zahlungen öffentlicher Spitäler an Beratungsfirmen verstärkt hinterfragt. Die Absicht der Überführung der öffentlichen Spitäler in unabhängige Non-Profit-Einrichtungen wurde in das Regierungsprogramm aufgenommen (Nolan et al. 2015: 160). In den Niederlanden wurde im Jahr 2012 ein neuer Bezahlsmechanismus für Spitäler und psychiatrische Kliniken etabliert, der zu einer Abschwächung der jährlichen Zunahme der Inanspruchnahme führen soll (Batenburg, Poortvliet 2015: 451). In Litauen (2012) (Murauskiene et al. 2013: 67 f.) und Griechenland (2013) (Economou et al. 2015: 118) wurden zur Vergütung von Spitälern leistungsbezogene Honorierungssysteme mit DRGs (Diagnosis Related Groups) eingeführt.

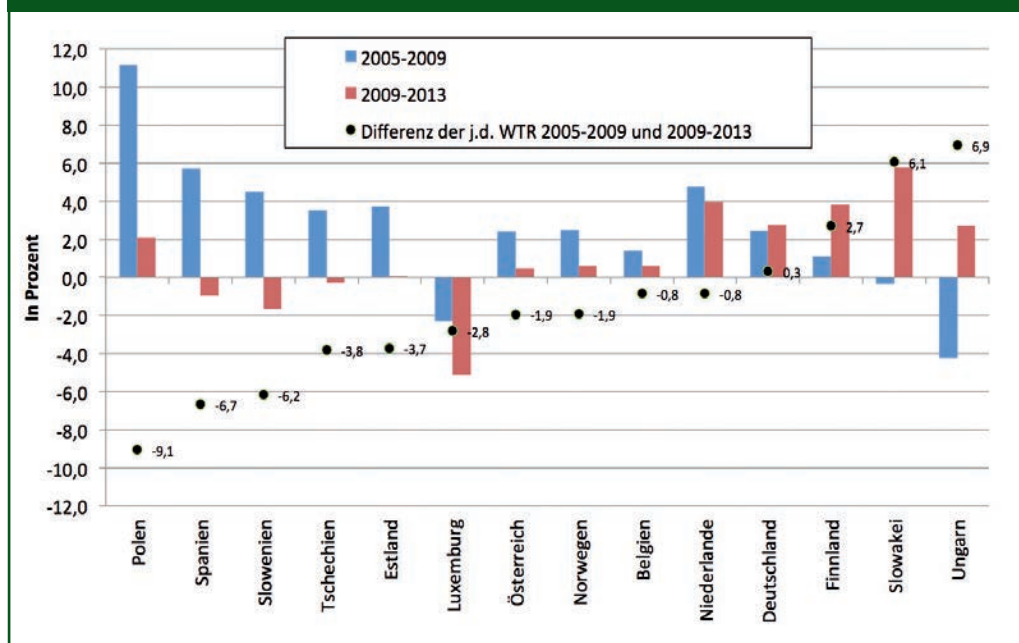
In Frankreich wurden die Gehälter von in öffentlichen Spitälern angestellten Ärzten im Zeitraum 2009–2010 um 0,6 % gesenkt (Brunn et al. 2015: 85). In Österreich kam es 2009 und 2011 in Spitälern zu geringeren Gehaltssteigerungen als in den Jahren zuvor (Czypionka, Hofmarcher 2015: 332).





Inwieweit sich diese Änderungen und Reformen im stationären Bereich auch in den Ausgaben widerspiegeln, geht aus Abbildung 3 hervor. Für die Mehrheit der erfassten Länder ist festzuhalten, dass die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten der realen öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf im stationären Bereich nach der Finanzkrise (2009–2013) unter jenen im Zeitraum vor der Krise (2005–2009) liegen. So auch in Österreich, wo vor der Krise ein Wachstum von etwa 2,4 % beobachtet wurde, nach der Krise hingegen die entsprechende Rate auf 0,5 % sank; 2012–2013 reduzierte sich die entsprechende Kennzahl um beachtliche 2,1 %. Zudem ist bemerkenswert, dass in Deutschland das jahresdurchschnittliche Wachstum im stationären Bereich nach der Krise (2,7 %) jenes vor der Krise (2,4 %) übertrifft. Die Pro-Kopf-Ausgaben lagen 2013 in Österreich jedoch immer noch rund 16 % über dem Niveau in Deutschland. In Finnland, der Slowakei und Ungarn liegen die Wachstumsraten nach der Krise deutlich über jenen vor der Krise.

Abbildung 3: Öffentliche Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung pro Kopf, zu Preisen 2005, jahresdurchschnittliche Wachstumsraten 2005–2009 und 2009–2013, erfasste OECD-Länder der EU



Anmerkung: 2009–2012: Spanien und Luxemburg; 2006–2009: Niederlande
Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015

Änderungen und Reformen im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung

Im Bereich der ambulanten allgemeinmedizinischen, fach- und zahnärztlichen Versorgung führte die Finanzkrise zu Kürzungen und Reformen. Behandlungen wurden aus dem allgemeinen Leistungskatalog herausgenommen. Gerade die Zahnmedizin, europaweit ohnehin ein Stiefkind der öffentlichen Gesundheitsversorgung, erfuhr häufig eine Reduktion der Leistungen oder eine Anhebung der Selbstbehalte. Auch im Bereich der Ärztegehälter kam es zu Anpassungen.

In Irland beispielsweise wurden Leistungen im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung reduziert (Nolan, Thomas 2015: 407), und in Estland können seit 2009 nicht mehr alle Versicherten ab 19 Jahre Zahnbehandlungsbeihilfe beanspruchen, sondern lediglich spezifische Bevölkerungsgruppen wie über 64-Jährige, Pensionisten, Mütter mit

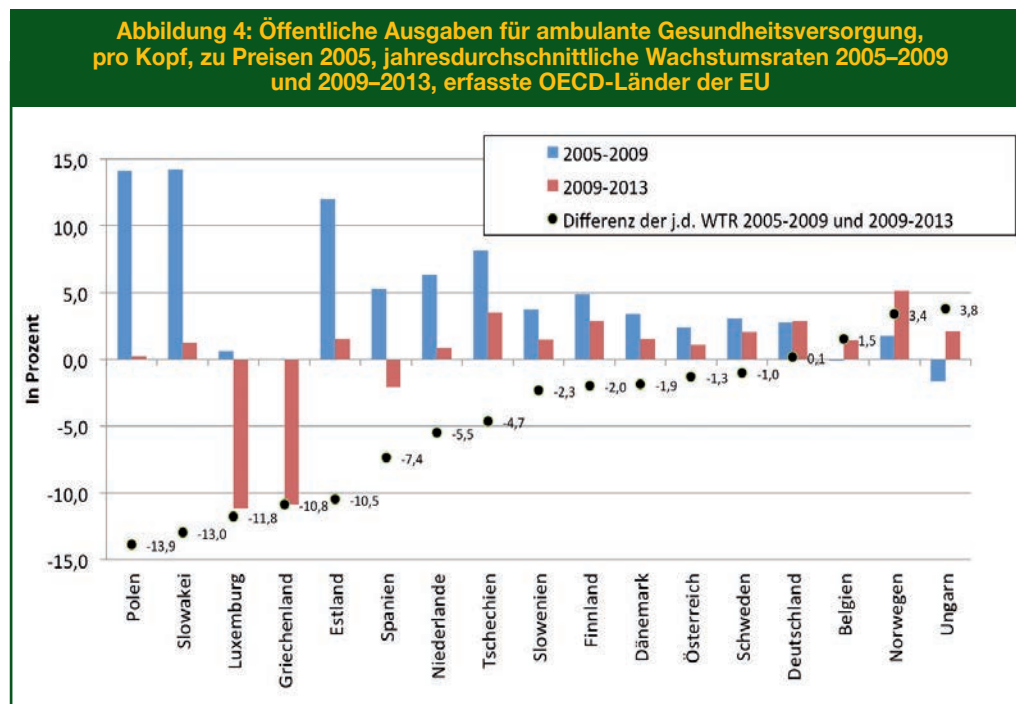




Kindern unter 12 Monaten oder Schwangere (Lai et al. 2013: 72). In den Niederlanden werden seit 2011 Zahnbehandlungskosten für 18- bis 21-Jährige nicht mehr erstattet; andere Leistungskürzungen wurden nur temporär umgesetzt: Die Raucherentwöhnungstherapie wurde 2011 in das Leistungsspektrum aufgenommen, 2012 wieder gestrichen und 2013 erneut inkludiert; die Finanzierung einer Ernährungsberatung wurde 2012 stark eingeschränkt und im darauffolgenden Jahr aber wieder erweitert (Batenburg, Poortvliet 2015: 450 ff.).

Als Antwort auf die Krise reduzierte Belgien im Jahr 2012 den Umfang der Zahlungen an Ärzte über die Einzelleistungsvergütung um 60 Mio. EUR. Die Valorisierung der Gehälter für Allgemein- und Fachärzte wurde von rund 3 % auf rund 1,5 % verringert. Im Jahr 2013 kamen Ärztegewerkschaften und die Regierung überein, weitere 105 Mio. EUR durch Kürzungen der Mittel für die Gebührenanpassung für zahlreiche Leistungen und für medizinisches Personal einzusparen. Im Gegenzug zu diesen Kürzungen wurde 2013 ein Budget von 40 Mio. EUR für 800 zusätzliche Vollzeitäquivalente im Gesundheitsbereich zur Verfügung gestellt. Weiters erfolgte in Belgien 2012 eine Erhöhung der Altersgrenze für Rückerstattung der Kosten der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung von 60 auf 63 Jahre. Diese Maßnahmen hatten eine Erhöhung der öffentlichen Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen zur Folge (Cleemput, Van de Voorde 2015: 342).

Die Betrachtung der realen öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung zeigt für das Ländersample ein differenziertes Bild (vgl. Abbildung 4). Erstens sind da die osteuropäischen Länder Slowakei, Polen, Estland und Tschechien mit hohen Wachstumsraten vor und geringen Wachstumsraten nach der Krise. Zweitens gibt es Länder wie Deutschland, Belgien oder Norwegen, die nach der Krise höhere ambulante Wachstumsraten aufweisen als zuvor. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass in diesen Ländern in den letzten Jahren in den Ausbau der Primärversorgung investiert wurde. Drittens sind Länder zu beobachten, die vor der Krise im



Anmerkung: 2006–2009: Slowakei und Niederlande; 2009–2012: Spanien und Luxemburg; Werte für Griechenland erst ab 2009 verfügbar

Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015



ambulanten Sektor moderate Wachstumsraten unter 5 % aufwiesen, die sich nach der Krise noch weiter verringerten (auf unter 3 %). Zu diesen Ländern zählt auch Österreich (2,4 % vor und 1,1 % nach der Krise). Nach zwei Jahren (2010 und 2011) an nähernder Stagnation wuchs 2012 der ambulante Sektor in Österreich wieder um 2,4 %. Neben diesen erwähnten Ländergruppen zeigen sich auch Länder mit (stark) negativem Wachstum nach der Krise, dazu zählen Spanien (-2,1 %) sowie Luxemburg und Griechenland (rund -11 %).

Änderungen und Reformen im Bereich der Arzneimittelversorgung

Auch im Arzneimittelsektor können in vielen Ländern Reaktionen auf die Krise festgestellt werden. So kam es beispielsweise zu Anpassungen bei der Mehrwertsteuer auf Medikamente, zu Adaptierungen bei erstattungspflichtigen Arzneimitteln, zur Einführung von Referenzpreissystemen und elektronischen Verschreibungssystemen oder zur expliziten Förderung von Generika.

Hinsichtlich der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel sind infolge der Krise sowohl Erhöhungen als auch Reduktionen beobachtbar. In Griechenland (2011 von 11 % auf 6,5 %) (Economou, Kaitelidou 2015: 393) wie auch in Österreich (2009 von 20 % auf 10 %) kam es zu einer Senkung des Mehrwertsteuersatzes auf Medikamente (Economou et al. 2015: 122). In Belgien wurde als Reaktion auf die Krise eine zusätzliche Mehrwertsteuer für erstattungspflichtige Medikamente („Krisensteuer“) in der Höhe von 1 % (2010) und 0,13 % (2013) eingeführt (Cleemput et al. 2015: 23).

In einigen Ländern kam es auch zu Änderungen bezüglich erstattungspflichtiger Arzneimittel sowie in Hinblick auf Referenzpreissysteme. In Frankreich sank beispielsweise 2010 der Erstattungsanteil² für Arzneimittel mit geringem medizinischen Nutzen von 35 % (2003) auf 15 %; im darauffolgenden Jahr wurde der Anteil von Arzneimitteln mit mittlerem medizinischen Nutzen von 35 % auf 30 % reduziert (Brunn et al. 2015: 84). Eine neue Negativliste für Medikamente wurde in Griechenland in Anlehnung an in Spanien und Italien geltende Listen im Jahr 2012 eingeführt (Economou et al. 2015: 115). In den Niederlanden werden seit 2009–2011 u. a. Schlaf- und Beruhigungsmittel, Magensäureblocker, Antidepressiva sowie Verhütungsmittel für Frauen über 21 nicht mehr erstattet (Batenburg et al. 2015: 260).

Seit 2011 werden in Belgien die Preise für Arzneimittel, die zum ersten Mal im Referenzpreissystem inkludiert sind, um 31 % reduziert; eine zusätzliche Reduktion von 6 % und 5,5 % betrifft Arzneimittel, die länger als zwei bzw. länger als vier Jahre in der Referenzgruppe sind. Seit 2012 ist der Preis für Medikamente in der Erstattungskategorie A (keine Zuzahlung) um 41 % statt um 31 % gesunken, gesetzt den Fall, dass sie zum ersten Mal in die Liste aufgenommen wurden, mit einer zusätzlichen Reduktion von 7 % (anstatt 5,5 %), wenn sie über vier Jahre inkludiert sind. Eine Vielzahl von Markenproduzenten haben ihre Preise auf das Referenzpreisniveau gesenkt. Diese Methode hat den Vorteil, der öffentlichen Hand Ausgaben zu sparen, bewirkt aber üblicherweise keine Preisreduktionen bei Generika, die unter dem Referenzpreisniveau liegen (Cleemput et al. 2015: 21). Seit 2012 sind Pharmaunternehmen in Belgien verpflichtet, die Fabrikabgabepreise patentgeschützter Arzneimittel in sechs EU-Ländern mit vergleichbarem Lebensstandard (Österreich, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Niederlande) heranzuziehen, um Preisvergleiche zu ermöglichen. Wenn eine wesentliche Reduktion im Ausland beobachtet wird, muss diese Reduktion auch in Belgien umgesetzt werden. Im April 2012 ist in Belgien eine generelle Preissenkung

2 In Frankreich werden Arzneimittel je nach medizinischem Nutzen ganz oder nur zu einem Teil erstattet.





von rund 2 % für alle Arzneimittel in Kraft getreten. Eine erneute 2%ige Preissenkung wurde im April 2013 auf über 2.500 Medikamente angewendet (Cleemput et al. 2015: 21). In Estland wurde 2010 die Referenzpreisgestaltung auf Medikamente in der niedrigsten (50 %) Erstattungskategorie ausgeweitet. Zuvor wurden Vereinbarungen zu den Tarifen nur für Arzneimittel mit höheren Erstattungssätzen getroffen (Habicht, Evetovits 2015: 62). 2012 führte auch Griechenland Referenzpreise für in der Positivliste³ inkludierte Arzneimittel ein (Economou, Kaitelidou 2015: 393). Zudem kam es im Zuge der Krise zu drastischen Preisinterventionen bei Arzneimitteln; die Preise wurden um rund 25 % gesenkt. Diese Maßnahme hatte einen indirekten Effekt auf die Arzneimittelpreise in anderen Ländern, da die griechischen Preise im Referenzkorb zahlreicher Länder enthalten sind (Casse, Ulrich 2012: 73). 2013 wurde in Irland die Referenzpreisbildung für Arzneimittel gesetzlich geregelt (Nolan, Thomas 2015: 408). In Lettland wurde 2012 ebenfalls das Referenzpreissystem geändert, um Kosteneinsparungen zu erreichen: Zuvor konnte der Patient ein Präparat aus einer Produktgruppe auswählen und musste gegebenenfalls die Differenz zum günstigsten Produkt der Gruppe bezahlen. Nun beinhaltet die Positivliste ausschließlich das günstigste Produkt, während die übrigen Produkte vollständig vom Patienten zu bezahlt sind. Pharmaunternehmen treten infolgedessen verstärkt miteinander in Wettbewerb, um das Referenzprodukt anbieten zu können. Im Jahr 2012 konnten dadurch 5,3 Mio. EUR eingespart werden (Mitenbergs et al. 2012: 44). Auch in Litauen wurde 2009 eine neue Positivliste für Arzneimittel eingeführt, wobei auf eine erweiterte Referenzpreisgestaltung und strengere Regelungen für die Preisbildung bei Generika gesetzt wurde (Kacevicius, Karanikolos 2015: 232). Das in Portugal neu eingeführte System zur Festsetzung von Arzneimittelpreisen berücksichtigt drei Länder mit vergleichbarem BIP und Länder mit den europaweit niedrigsten Preisen. Es wurde zuerst im ambulanten Bereich angewendet und 2012 auf den stationären Bereich ausgeweitet (Bacelar-Nicolau et al. 2015: 463). Auch hinsichtlich der Förderung von Generika wurden im Zuge der Finanzkrise in einigen Ländern Akzente gesetzt. Als Vorreiter in Sachen Aut-idem-Verschreibung von Medikamenten kann Belgien genannt werden, wo diese Option bereits seit 2005 besteht und die Ärzte darüber hinaus über ein Quotensystem – Verschreibung eines bestimmten Mindestprozentsatzes an kostengünstigen Medikamenten, einschließlich INN-, also Wirkstoffverschreibungen – dazu ermutigt werden. 2011 wurde der Prozentsatz für Allgemeinmediziner von 27 % auf 50 % angehoben (Cleemput et al. 2015: 22). 2009 wurde auch in Litauen die INN-Verschreibung von Arzneimitteln implementiert (Kacevicius, Karanikolos 2015: 232). Ein Jahr später wurden in den Niederlanden die Allgemeinmediziner dazu ermutigt, Generika zu verschreiben (Batenburg et al. 2015: 263 f.). Hierzu wurde die Pauschalvergütung etwas herabgesetzt, was aber durch effizientes Verschreiben wieder kompensiert werden kann. In Estland wurde 2010 eine jährliche Werbekampagne für Generika gestartet. Die Finanzkrise wurde als Vorwand benutzt, um bereits geplante Maßnahmen durchzuführen – so wurde ab 2010 die wirkstoffbasierte Verschreibung forciert (Lai et al. 2013: 51), indem Apotheken immer die kostengünstigsten Arzneimittel anzubieten haben (Habicht, Evetovits 2015: 62). In Griechenland wurde 2011 eine Preisobergrenze für Generika gesetzt (maximal 60 % des Originalpreises). Im selben Jahr wurde die Regelung eingeführt, dass 50 % der in öffentlichen Krankenhäusern verwendeten Medikamente Generika sein müssen (Economou, Kaitelidou 2015: 393). Seit 2012 ist es in Griechenland, Portugal und Lettland (bei neuen Patienten) vorgeschrieben, den Arzneimittelwirkstoff und nicht den handelsüblichen Markennamen anzugeben (INN-Verschreibung). 2013 wurde in Irland die Substitution der Originalpräparate durch Generika gesetzlich geregelt. In Portugal wur-

3 Eine Positivliste für erstattungspflichtige Arzneimittel mit Schwerpunkt auf Generika wurde 2011 wieder eingeführt (zuvor 2006 aufgehoben).



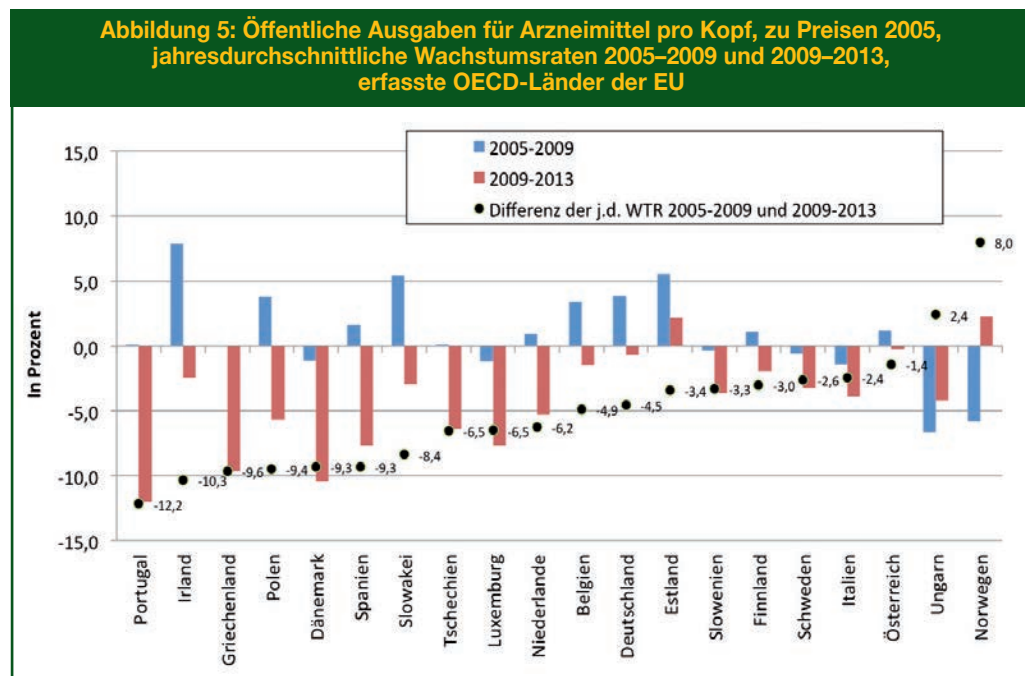


den 2011 Maßnahmen gesetzt, um Hindernisse für die Einführung von Generika zu beseitigen. Generikapreise, die über dem internationalen Niveau liegen, müssen um mindestens 35 % günstiger sein als das Original; der Preis von First-Line-Generika darf maximal 60 % des Originalpreises betragen (später: maximal 50 %); der Originalpreis muss automatisch reduziert werden, sobald das Patent ausläuft. Der Generikaanteil stieg in Portugal von 21 % im Jahr 2011 auf 25 % 2012, lag damit allerdings immer noch unter dem Zielwert von 30 % (Sakellarides et al. 2015: 300).

In Estland wurde 2010 ein neues elektronisches Rezeptsystem eingeführt, das eine standardmäßige INN-Verschreibung vorsieht (Lai et al. 2013: 102 f.); diese wird gegenwärtig neben der herkömmlichen Verschreibung auf Papier angewendet. Griechenland führte 2009 ein elektronisches Beschaffungssystem ein und implementierte 2010 ein neues elektronisches Rezept-Verschreibungssystem, dessen Einsatz 2012 verpflichtend wurde. In Portugal wurde 2011 die elektronische Verschreibung von öffentlich finanzierten Medikamenten und Diagnostikverfahren obligatorisch (Sakellarides et al. 2015: 300).

2011 wurde in Lettland ein Rückforderungssystem (Clawback-System) eingeführt. Dieses sieht vor, dass Pharmaunternehmen eine bestimmte Kompensation leisten müssen, falls das jährliche Arzneimittelbudget überschritten wird (5,6 Mio. EUR wurden im Jahr 2011 zurückerstattet) (Mitenbergs et al. 2012: 43 f.). Eine feste Ausgabenobergrenze für Arzneimittelausgaben in der Höhe von rund 3 Mrd. EUR wurde 2012 auch in Griechenland festgelegt. Auch hier wird ein Clawback-System für Pharmaunternehmen schlagend, falls die Ausgaben diese Obergrenze überschreiten (Economou et al. 2015: 138).

In Abbildung 5 ist zu sehen, dass die realen öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel nach der Krise in fast allen Ländern gesunken sind, die beiden Ausnahmen im Ländersample stellen Norwegen und Estland dar. Die höchsten negativen jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten sind 2009–2013 in Portugal, Dänemark und Griechenland zu beobachten. In Österreich reduzierten sich die Ausgaben 2008–2009 durch die Mehrwertsteuersenkung um knapp über 8 %, seit 2009 blieb das Ausgabenniveau jedoch beinahe konstant.



Anmerkung: 2009–2012: Irland, Luxemburg, Portugal und Spanien; 2006–2009: Niederlande; Werte für Griechenland erst ab 2009 verfügbar

Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015

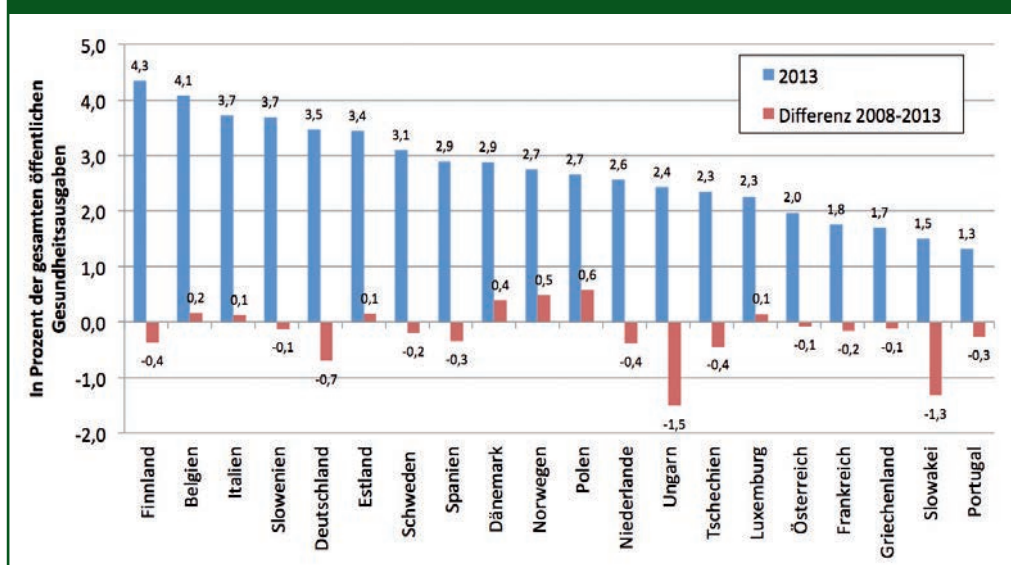




Änderungen und Reformen im Bereich Prävention

In mehreren Ländern wurden Maßnahmen im Bereich Alkohol- und Tabakprävention gesetzt: Belgien förderte ab 2007 mehrere Tabak-, Alkohol und Drogenpräventionsprojekte, setzte 2011 ein weitgehendes Rauchverbot für öffentliche Innenbereiche um und rief 2008–2012 einen Nationalen Aktionsplan Alkohol ins Leben (Cleemput, Van der Voorde 2015: 345). In den Niederlanden wurde im Jahr 2013 eine Nichtraucherkampagne gestartet (Batenburg poortvliet 2015: 452). Estland (Lai et al. 2013: 6) und Frankreich (Chevreul 2010: 10 f.) erhöhten mehrfach die Steuern auf Alkohol und Tabak. Auch Portugal erhöhte 2011 die Tabaksteuer und nahm zudem diesen Bereich in den Nationalen Gesundheitsplan 2012–2016 auf (Bacelar-Nicolau et al. 2015: 465). In Griechenland wurde 2010 ein Rauchverbot eingeführt, praktisch aber kaum durchgesetzt (Economou, Kaiteidou 2015: 395). In Lettland, Irland und den Niederlanden fielen zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung Budgetkürzungen zum Opfer oder wurden verschoben: In Lettland wurde das Budget für Gesundheitsförderung von 2008 auf 2009 um 24 % gekürzt (Taube et al. 2015: 183), in Irland war in den Jahren 2005–2010 für diesen Bereich gar kein Budget vorgesehen, Personal wurde in andere Bereiche verlegt und reduziert. In den Niederlanden mussten 2011 zahlreiche Programme auf Eis gelegt werden, einige konnten 2013 und 2014 gestartet werden (Thomson et al. 2015). In Österreich sanken die öffentlichen Gesundheitsausgaben für Prävention in Prozent der gesamten öffentlichen Ausgaben im Zeitraum 2008–2013 um 0,1 Prozentpunkte; mit rund 2 % rangiert Österreich im unteren Drittel des Ländersamples (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Öffentliche Ausgaben für Prävention in Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben 2013 und Differenz 2008–2013 in Prozentpunkten



Anmerkung: 2012: Luxemburg, Portugal, Spanien; 2011: Frankreich; 2009–2013: Griechenland
 Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015

Auswirkungen der Finanzkrise auf die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems

Als Folge der Krise wurden in einigen Ländern – wie zuvor beschrieben – öffentliche Mittel für Gesundheitsleistungen gekürzt. Eine These wäre, dass durch die Abwälzung der Finanzierung auf die privaten Haushalte die privaten Gesundheitsausgaben ansteigen. Generell sind in Bezug auf Selbstbehalte jedoch zwei gegensätzliche Entwicklungen zu beobachten: In einigen Ländern wurden Selbstbehalte erweitert, in an-

Auswirkungen der Finanzkrise auf die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems



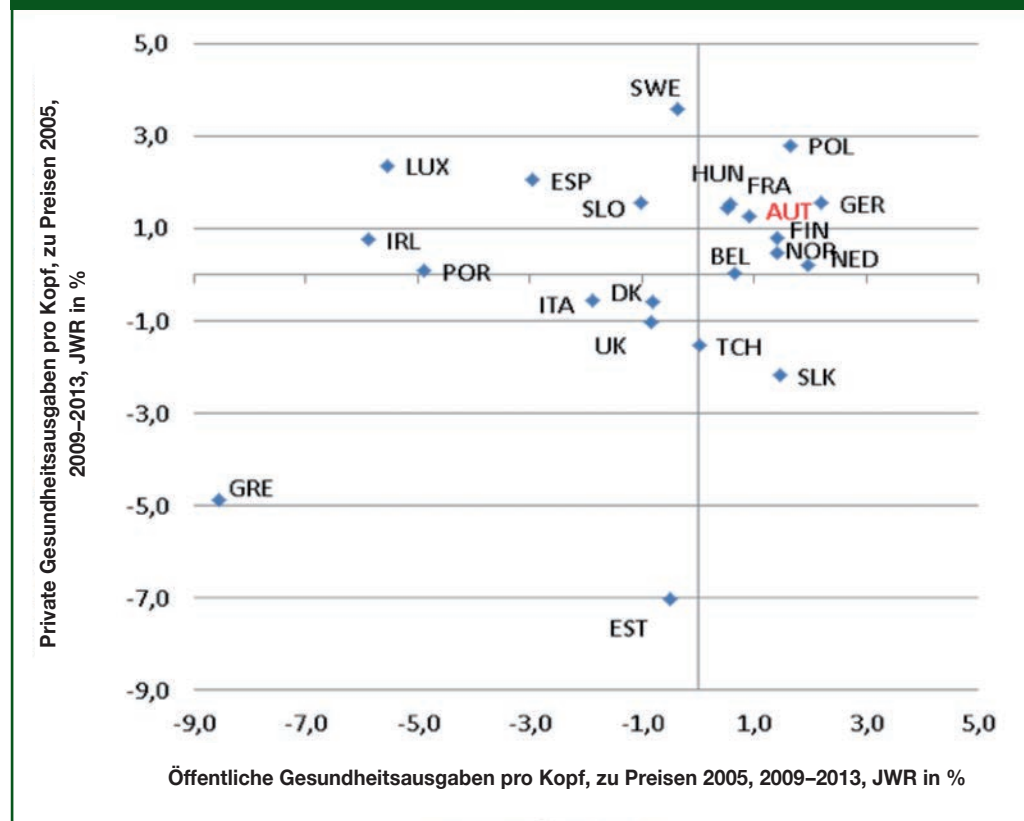


deren wurden sie reduziert. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Ausgangssituationen sehr unterschiedlich und die Maßnahmen in diesem Zeitraum von unterschiedlicher Tragweite waren. Ebenso stellt sich die Situation mit der Verschiebung von Leistungen zwischen öffentlicher und privater Finanzierung dar.

Abbildung 7 stellt die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben gegenüber: Es ist zu erkennen, dass es Länder gibt, die sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich nach Ausbruch der Krise negative Wachstumsraten aufweisen; zu diesen Ländern zählen Griechenland, Estland, Italien, Dänemark und das Vereinigte Königreich, hier scheint es so, dass das Sparen der öffentlichen Hand zu einer geringeren Inanspruchnahme von Leistungen geführt hat und infolgedessen auch die privaten Zahlungen zurückgingen.

Weiters gibt es Länder wie Luxemburg, Spanien, Irland, Portugal und Slowenien mit ebenfalls negativem Wachstum im öffentlichen Bereich, aber positiven Wachstumsraten im privaten Bereich – dies kann beispielsweise mit steigenden privaten Zahlungen und Selbstbehalten erklärt werden. Österreich, einige andere Sozialversicherungsländer (Belgien, Frankreich, Deutschland, Niederlande) sowie die skandinavischen Staaten Norwegen, Finnland und Schweden zählen zu jener Ländergruppe, die in beiden Sektoren positive jahresdurchschnittliche Wachstumsraten der realen Pro-Kopf-Ausgaben aufweisen. In Österreich wuchs nach der Krise der private Sektor um jahresdurchschnittlich 0,4 Prozentpunkte stärker als der öffentliche Bereich (0,9 % vs. 1,3 %).

Abbildung 7: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben pro Kopf, zu Preisen 2005, Wachstumsraten 2009–2013, in Prozent



Anmerkung: 2009–2012: Irland, Luxemburg, Spanien; 2009–2011: Estland; 2009–2010: Frankreich, Schweden (öffentliche Ausgaben); 2010–2013: Slowakei
Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015.





Änderungen in Bereich der Selbstbehalte erfolgten im ambulanten und stationären Bereich sowie im Arzneimittelbereich:

Im Jahr 2011 wurde in Belgien die Berechnung der Selbstbehalte für Konsultationen bei Allgemeinmedizinern vereinfacht, um die Transparenz zu erhöhen. Die Höhe des Selbstbehalts hängt nun von der Berechtigung auf einen erhöhten Erstattungssatz sowie vom Vorhandensein einer Gesundheitsakte ab. In Portugal stiegen 2011 die Selbstbehalte für Konsultationen im allgemeinmedizinischen Bereich von 2,25 auf 5 EUR. Seit November 2010 ist in Belgien der Selbstbehalt für Facharztkonsultationen (40 %) mit 15,50 EUR gedeckelt, wobei einige Patientengruppen niedrigere Selbstbehaltssraten zahlen. Estland erhöhte 2013 den Selbstbehalt für ambulante Facharztkonsultationen von 3,20 auf 5 EUR (Kinder unter 2 Jahre und Schwangere ausgenommen).

Auch Lettland erhöhte zwar 2009 den Selbstbehalt für ambulante Facharztkonsultationen, senkte jedoch diesen im folgenden Jahr wieder. In den Niederlanden wurden für zahlreiche ambulante Gesundheitsleistungen Selbstbehalte eingeführt oder erhöht: So stieg 2010 die Kostenbeteiligung u. a. für Physiotherapie und Ernährungsberatung, 2012 wurden Selbstbehalte auch in der psychischen medizinischen Versorgung (2014 wieder abgeschafft) und 2013 ein Selbstbehalt von 25 % für Hörgeräte eingeführt. In Portugal ist nun auch für ärztliche Atteste ein Selbstbehalt zu entrichten, zudem wurden Selbstbehalte für nicht im nationalen Impfplan inkludierte Impfungen sowie für Diagnose- und Therapieleistungen erhöht (Thomson et al. 2015). Es wurden jedoch auch Selbstbehalte abgeschafft. Beispielsweise wurde 2009 in Belgien im zahnmedizinischen Bereich der Selbstbehalt für Zahnpflegeleistungen von Kindern unter 18 Jahren gestrichen (Gerkens, Merkur 2010: 206).

In einigen Ländern erhöhten sich nach der Krise die privaten Zahlungen für stationäre Krankenbehandlungen. So stieg in Estland der Selbstbehalt für stationäre Behandlung von 1,60 auf 2,50 EUR für bis zu 10 Tagen pro Krankheitsfall (Ausnahme: Kinder, Schwangere und Patienten auf Intensivstationen) (Lai et al. 2013: 80). Ebenso stieg in Frankreich (von 16 auf 18 EUR) und Lettland der Tagsatz für eine stationäre Krankenbehandlung. In Lettland wurde zudem ein neuer Selbstbehalt für stationäre chirurgische Eingriffe eingeführt (42,77 EUR). Irland erhöhte die Gebühren für eine stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern für Personen ohne Versicherungskarte ist, in den Jahren 2008, 2009 und nochmals 2013 auf 80 EUR täglich (bis 10 Tage/Jahr); zudem wurden die Gebühren für Unfallambulanzbesuche im Krankenhaus ohne Überweisung und ohne Versicherungskarte sukzessive bis auf 100 EUR im Jahr 2009 erhöht. Auch im Bereich der Spitalsambulanzen wurden während der Krise Selbstbehalte erhöht: In Portugal beispielsweise erfolgte eine Verdoppelung des zu zahlenden Eurobetrags pro Kontaktaufnahme in einer Ambulanz. In Griechenland stiegen die Selbstbehalte für ambulante Behandlungen in öffentlichen Spitälern und Gesundheitszentren von 3 auf 5 EUR (2011) (Thomson et al. 2015).

In Belgien wurden während der Krisenjahre die Selbstbehalte für stationäre Gesundheitsversorgung neu geregelt; so wurden beispielsweise Selbstbehalte für die Unterbringung in Mehrbettzimmern weitgehend abgeschafft (Gerkens, Merkur (2010: 110). In Griechenland wurde die Einführung einer Selbstbehaltspauschale pro Aufnahme in einem öffentlichen Krankenhaus wieder zurückgenommen. Selbstbehalte für diagnostische Tests wurden 2012 abgeschafft (Economou, Kaitelidou 2015: 392).

Im Arzneimittelbereich wurde in Griechenland 2014 ein Selbstbehalt in der Höhe von 1 EUR pro Verschreibung in stationärer bzw. ambulanter Behandlung eingeführt. In Frankreich wurden die Selbstbehalte insgesamt deutlich erhöht, beispielsweise wenn nicht medizinisch vorgegebene medizinische Behandlungswege genutzt werden (2009: von 40 % auf 70 %). 2010 wurde der Selbstbehalt für wenig effektive Medika-





Fazit

mente erhöht (von 65 % auf 70 %), einige Medikamente wurden von der Erstattung gänzlich ausgenommen; Letzteres erfolgte auch in Portugal.

In den Niederlanden wurde 2008 ein verpflichtender Selbstbehalt in Form eines Deductible für alle versicherten Erwachsenen in der Höhe von 150 EUR pro Jahr eingeführt, in den darauffolgenden Jahren wurde dieser sukzessive bis 2013 auf 350 EUR angehoben. In Österreich wurden 2008 die Selbstbehalte für verschreibungspflichtige Arzneimittel für Patienten mit niedrigem Einkommen und hohem Arzneimittelbedarf auf 2 % des jährlichen Nettoeinkommens beschränkt (Thomson et al. 2015).

Fazit

Die Finanz- und Wirtschaftskrise hat erhebliche Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitssysteme Europas gezeitigt. Die Reaktionen der Länder waren dabei durchaus unterschiedlich. So war in einigen Ländern gerade die Ausweitung der Versicherungsabdeckung ein Thema, um die negativen sozialen Folgen abzumildern, während in anderen Ländern massive Einschnitte durchgeführt wurden. Das einzig Positive kann nur darin gesehen werden, dass die krisenhafte Verknappung von öffentlichen Mitteln die Bereitschaft zu möglicherweise längst überfälligen Reformen erhöht hat.

In Summe erscheinen die gewählten Maßnahmen allerdings oft keinem Gesamtkonzept zu folgen, was negative Folgewirkungen vermuten lässt. Eine Lehre, die sich möglicherweise aus der Finanz- und Wirtschaftskrise ziehen lässt, ist, dass Sozialsysteme generell schon vor einer Krise durch rechtzeitige Reformen resilient gemacht werden müssen, damit sie auch in der Krise ihre Absicherungsfunktion erfüllen können. Dies gilt auch für Österreich. Zwar sind wir grundsätzlich gut durch die Krise gekommen, längerfristig jedoch werden wohl mäßiges Wachstum und die zunehmende Alterung erhebliche Auswirkungen auf die österreichischen Sozialsysteme haben.

LITERATUR

Bacelar-Nicolau, L., Barbosa, O., Sakellarides, C. (2015): Portugal. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 460–465.

Batenburg, R., Kroneman, M., Sagan, A. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 247–282.

Batenburg, R., Poortvliet, P. (2015): The Netherlands. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 448–452.

Brunn, M., Brigham, K. B., Chevreul, K., Hernandez-Quevedo, C. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in France. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 75–102.

Cassel, D., Ulrich, V. (2012): Herstellerabgabepreise auf europäischen Arzneimittelmärkten als Erstattungsrahmen in der GKV-Arzneimittelversorgung. Zur Problematik des Konzepts internationaler Vergleichspreise. Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa).

Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., Mladovsky, P. (2010): France Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 6, World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Abgerufen am 28.7.2015 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf

Cleemput, I., Guillaume, J., Van de Voorde, C., Maresso, A. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Belgium. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 3–46.





LITERATUR

- Cleemput, I., Van de Voorde, C. (2015): Belgium. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 340–345.
- Czypionka, T., Hofmarcher, M. (2015): Austria. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 329–332.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., Sissouras, A. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 103–142.
- Economou, C., Kaitelidou, D. (2015): Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 390–395.
- Gerkens, S., Merkur, S. (2010): Belgium. Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 5, World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Abgerufen am 28.7.2015 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1
- Habicht, T., Evetovits, T. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Estonia. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 47–74.
- Habicht, T., Leinsalu, M. (2015): Estonia. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 371–374.
- Kacevicius, G., Karanikolos, M. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Lithuania. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 217–246.
- Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiiwet, R., van Ginneken, E. (2013): Estonia Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 6, World Health Organization 2013 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Abgerufen am 28.7.2015 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1
- Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A., Quentin, W. (2012): Latvia Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 14 No. 8, World Health Organization 2012 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Abgerufen am 28.7.2015 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf?ua=1
- Murauskiene, L., Janoniene, R., Veniute, M., van Ginneken, E., Karanikolos, M. (2013): Lithuania Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 2, World Health Organization 2013 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Abgerufen am 28.7.2015 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf?ua=1
- Nolan, A., Barry, S., Burke, S., Thomas, S. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Ireland. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 143–178.
- Nolan, A., Thomas, S. (2015): Ireland. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 405–410.
- OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing. Abgerufen am 28.7.2015 unter ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Brabosa, P., Azevedo, H. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Ireland. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 283–320.
- Taube, M., Mitenbergs, U., Sagan, A. (2015): The impact of the crisis on the health system and health in Latvia. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 179–216.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Richardson, E., Sagan, A., Kluge, H. (2015): Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies.



Anhangtabelle 1

	Anhangtabelle 1									
	Laufende öffentliche Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben		Private Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung, Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten		Private Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung, Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten		Private Ausgaben für Arzneimittel, Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten			
	2013	Veränderung 2009-2013	2005-2009	2009-2013	2005-2009	2009-2013	2005-2009	2009-2013	2005-2009	2009-2013
Österreich	76,2	-0,3	-1,1	0,9	0,1	1,8	-0,4	0,6	-0,4	-3,4
Belgien	77,8	0,4	12,3	0,1	-0,8	6,2	-2,5	-3,4	-2,5	-0,2
Dänemark	84,3	-0,1	n. v.	n. v.	1,7	1,7	2,2	-0,2	2,2	2,2
Deutschland	76,3	0,5	2,6	1,9	3,4	0,3	-1,3	2,2	-1,3	2,2
Estland	77,7	-1,2 ²	-8,6	11,2	0,7	31,6	8,4	-10,1	8,4	-10,1
Finnland	75,0	0,5	0,4	-0,6	2,3	1,3	-3,2	0,3	-3,2	0,3
Frankreich	78,7	0,4 ³	3,7	0,8 ³	1,1	0,5 ³	2,3	-3,6 ³	2,3	-3,6 ³
Griechenland	65,5	-3,9	n. v.	5,5	n. v.	-17,2	n. v.	7,0	n. v.	7,0
Irland	68,5 ¹	-4,2 ⁴	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	0,0	-5,6 ⁴	0,0	-5,6 ⁴
Italien	77,4	-0,9	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	-1,2	-0,2	-1,2	-0,2
Luxemburg	82,5 ¹	-3,2 ⁴	-5,0	-2,0 ⁴	3,1	5,6 ⁴	-1,9	-1,1 ⁴	-1,9	-1,1 ⁴
Niederlande	87,6	0,8	5,1 ⁵	-0,6	2,0 ⁵	0,2	1,4 ⁵	-1,1	1,4 ⁵	-1,1
Norwegen	85,0	0,5	6,9	0,9	0,1	-1,4	-2,1	-0,7	-2,1	-0,7
Polen	70,6	-1,0	18,5	4,9	9,0	3,9	3,0	1,3	3,0	1,3
Portugal	66,0	-4,4	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	-2,6	-1,9 ⁴	-2,6	-1,9 ⁴
Schweden	84,1	2,2	n. v.	n. v.	1,1	1,8	3,2	2,0	3,2	2,0
Slowakei	74,2	5,0	4,4 ⁵	-22,1	14,9	-4,3	10,3	0,6	10,3	0,6
Slowenien	71,0	-2,1	5,1	4,0	-2,1	-1,6	3,6	5,2	3,6	5,2
Spanien	71,7 ¹	-3,0 ⁴	-2,6	3,1 ⁴	-1,0	1,2 ⁴	-1,1	1,2 ⁴	-1,1	1,2 ⁴
Tschechien	84,1	0,9	17,1	-6,0	31,9	-6,4	5,5	4,2	5,5	4,2
Ungarn	64,6	-0,8	-5,9	1,4	-5,2	4,8	6,7	1,4	6,7	1,4
Vereinigtes Königreich	86,6	-2,5	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

Quelle: OECD Health Statistics 2015; IHS HealthEcon 2015.

Anmerkungen: ¹ 2012; ² 2012-2013; ³ 2011-2013; ⁴ 2009-2012; ⁵ 2006-2009;

