

VERORDNUNG (EU) 2015/359 DER KOMMISSION**vom 4. März 2015****zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates
in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung****(Text von Bedeutung für den EWR)**

DIE EUROPÄISCHE KOMMISSION —

gestützt auf den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union,

gestützt auf die Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz ⁽¹⁾, insbesondere auf Artikel 9 Absatz 1 und Anhang II Buchstabe d,

in Erwägung nachstehender Gründe:

- (1) Mit der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 wird ein gemeinsamer Rahmen für die systematische Erstellung europäischer Statistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz festgelegt.
- (2) Die zu liefernden Daten und Metadaten über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung sowie die Bezugszeiträume, Zeitabstände und Fristen für die Bereitstellung der Daten werden im Wege von Durchführungsmaßnahmen bestimmt.
- (3) Gemäß Artikel 6 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt, bei der die Vorteile einer Verfügbarkeit von Daten über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung im Verhältnis zu den Kosten der Datenerhebung, die die Mitgliedstaaten seit 2005 auf freiwilliger Basis nach den Grundsätzen des Systems der Gesundheitskonten durchführen, und dem Aufwand für die Mitgliedstaaten abgewogen wurden. Gemäß Artikel 6 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 hat die Kommission in den Jahren 2013 und 2014 Pilotstudien in die Wege geleitet, die von den Mitgliedstaaten auf freiwilliger Basis durchgeführt wurden. Die Kommission hat den Bedarf der Nutzer auf verschiedenen Sitzungen mit den Mitgliedstaaten erörtert. Die Verfügbarkeit EU-weiter Daten ist wahrscheinlich von großem Nutzen für die Entscheidungsfindung in den Bereichen Gesundheit und Sozialpolitik.
- (4) Damit Relevanz und Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet sind, sollte das Handbuch zum System der Gesundheitskonten 2011 ⁽²⁾, das die Kommission (Eurostat), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeinsam erstellt haben und in dem die Begriffe, Definitionen und Methoden für die Verarbeitung von Daten über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung festgelegt sind, als Grundlage für den detaillierten Fragebogen und die dazugehörigen Leitlinien dienen, die bei der von diesen drei Einrichtungen durchgeführten gemeinsamen jährlichen Datenerhebung verwendet werden.
- (5) Die in dieser Verordnung vorgesehenen Maßnahmen entsprechen der Stellungnahme des Ausschusses für das Europäische Statistische System —

HAT FOLGENDE VERORDNUNG ERLASSEN:

Artikel 1

In dieser Verordnung werden Regeln für die Entwicklung und Erstellung europäischer Statistiken im Bereich der Kosten für die Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung — dies ist eines der in Anhang II der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 aufgeführten Themen für Statistiken über die Gesundheitsversorgung — festgelegt.

Artikel 2

Die bei der Anwendung dieser Verordnung zu verwendenden Begriffsbestimmungen sind in Anhang I dargelegt.

⁽¹⁾ ABl. L 354 vom 31.12.2008, S. 70.

⁽²⁾ OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing, doi:10.1787/9789264116016-en.

Artikel 3

Die Mitgliedstaaten übermitteln Daten zu den in Anhang II aufgeführten Themen.

Artikel 4

- (1) Die Mitgliedstaaten übermitteln die erforderlichen Daten und die damit verbundenen Standard-Referenzmetadaten jährlich. Bezugszeitraum ist das Kalenderjahr.
- (2) Daten und Referenzmetadaten für das Bezugsjahr N werden bis zum 30. April N+2 übermittelt.
- (3) Daten und Referenzmetadaten werden der Kommission (Eurostat) jährlich über das zentrale Dateneingangsportal übermittelt, oder sie werden der Kommission (Eurostat) zum Abruf auf elektronischem Wege zur Verfügung gestellt.
- (4) Das erste Bezugsjahr ist 2014.
- (5) Das letzte Bezugsjahr ist 2020.
- (6) Abweichend von Absatz 2 übermitteln die Mitgliedstaaten die Daten und Referenzmetadaten für das Bezugsjahr 2014 bis zum 31. Mai 2016.

Artikel 5

- (1) Die Mitgliedstaaten übermitteln Daten auf der in Anhang II angegebenen Aggregationsebene.
- (2) Die Mitgliedstaaten stellen die erforderlichen Referenzmetadaten zur Verfügung, insbesondere in Bezug auf die Datenquellen, deren Reichweite und die verwendeten Erstellungsmethoden, Informationen über die spezifischen Merkmale der Kosten und Finanzierung der nationalen Gesundheitsversorgung, die von den in Anhang I festgelegten Begriffsbestimmungen abweichen, Verweise auf nationale Rechtsvorschriften, sofern diese die Grundlage für die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung bilden, sowie Informationen über etwaige Änderungen der genannten statistischen Konzepte.

Artikel 6

Diese Verordnung tritt am zwanzigsten Tag nach ihrer Veröffentlichung im *Amtsblatt der Europäischen Union* in Kraft.

Diese Verordnung ist in allen ihren Teilen verbindlich und gilt unmittelbar in jedem Mitgliedstaat.

Brüssel, den 4. März 2015

Für die Kommission
Der Präsident
Jean-Claude JUNCKER

ANHANG I

Begriffsbestimmungen

1. „Gesundheitsversorgung“: alle Tätigkeiten mit dem Hauptzweck, den Gesundheitszustand von Personen zu verbessern oder zu erhalten bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern und die Auswirkungen von Erkrankungen durch die Anwendung von qualifiziertem medizinischem Wissen abzuschwächen.
2. „Laufende Gesundheitsausgaben“: Ausgaben für die letzte Verwendung von Gütern und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung durch die Wohnbevölkerung, einschließlich der Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung, die unmittelbar Einzelpersonen gewährt werden, und kollektiver gesundheitlicher Versorgungsleistungen.
3. „Funktionen der Gesundheitsversorgung“: Art des Leistungsbedarfs, der durch die laufenden Gesundheitsausgaben befriedigt werden soll, oder Art des verfolgten Ziels.
4. „Kurative Gesundheitsversorgung“: Gesundheitsleistungen, die in erster Linie auf die Linderung der Symptome oder die Verringerung der Schwere einer Erkrankung oder Verletzung oder auf die Vorbeugung gegen ihre Verschlimmerung oder gegen Komplikationen abzielen, die das Leben oder die normale Funktion gefährden könnten.
5. „Rehabilitative Gesundheitsversorgung“: Dienstleistungen zur Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beeinträchtigter Körperfunktionen und -strukturen, zum Ausgleich des Fehlens oder des Verlusts von Körperfunktionen und -strukturen, zur Verbesserung der Betätigung und Beteiligung sowie zur Verhinderung von Gesundheitsschäden, medizinischen Komplikationen und Risiken.
6. „Stationäre Gesundheitsversorgung“: in einer Einrichtung des Gesundheitswesens stattfindende Behandlung und/oder Versorgung von stationär aufgenommenen Patienten.
7. „Ambulante Gesundheitsversorgung“: medizinische Leistungen und Hilfsleistungen, die einem nicht stationär aufgenommenen Patienten in einer Einrichtung des Gesundheitswesens erbracht werden.
8. „Tagesklinische Gesundheitsversorgung“: geplante medizinische und paramedizinische Dienstleistungen, die in einer Einrichtung des Gesundheitswesens Patienten erbracht werden, die zur Diagnose, zur Behandlung oder zu anderen Arten der Gesundheitsversorgung aufgenommen wurden und am selben Tag wieder entlassen werden.
9. „Langzeitpflege (Gesundheit)“: eine Reihe medizinischer und personenbezogener Leistungen mit dem vorrangigen Ziel der Linderung von Schmerzen und Leiden sowie der Verringerung oder Beherrschung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von langzeitpflegebedürftigen Patienten.
10. „Häusliche Gesundheitsversorgung“: medizinische, Hilfs- und Pflegeleistungen, die vom Patienten zu Hause unter Anwesenheit des Leistungserbringers in Anspruch genommen werden.
11. „Hilfsleistungen“ (nicht nach Funktion spezifiziert): mit Gesundheitsversorgung oder Langzeitpflege in Zusammenhang stehende Leistungen, die nicht nach Funktion oder Erbringungsart spezifiziert sind; der Patient nimmt sie unmittelbar in Anspruch, insbesondere im Zuge eines unabhängigen Kontakts mit dem Gesundheitssystem, und sie sind nicht Teil eines Versorgungspakets; zu den Hilfsleistungen zählen u. a. Laboruntersuchungen, Dienstleistungen der diagnostischen Bildgebung, Ambulanz- und Rettungsdienste.
12. „Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter“ (nicht nach Funktion spezifiziert): pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Verbrauchsgüter zur Verwendung bei der Diagnose, Heilung, Linderung oder Behandlung von Krankheiten, einschließlich rezeptpflichtiger und rezeptfreier Arzneimittel; Funktion und Art der Leistungserbringung werden nicht spezifiziert.
13. „Therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Güter“ (nicht nach Funktion spezifiziert): langlebige medizinische Güter, darunter Orthesen zum Ausgleich bzw. zur Korrektur von Fehlbildungen und/oder Anomalien des menschlichen Körpers, orthopädische Apparate, Prothesen oder künstliche Vorrichtungen, die einen fehlenden Körperteil ersetzen, und andere prothetische Hilfsmittel, einschließlich Implantate, die die Funktionen einer fehlenden biologischen Struktur ersetzen oder ergänzen, sowie medizintechnische Geräte; Funktion und Art der Leistungserbringung werden nicht spezifiziert.
14. „Prävention“: jede Maßnahme, die darauf abzielt, die Anzahl oder die Schwere von Verletzungen und Krankheiten, ihre Folgen und Komplikationen zu verringern bzw. ganz zu vermeiden.
15. „Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung“: Dienste, die nicht unmittelbar die Gesundheitsversorgung, sondern das Gesundheitssystem betreffen, seine Funktion steuern und unterstützen und als kollektiv anzusehen sind, da sie sich nicht auf Einzelpersonen beziehen, sondern allen Nutzern des Gesundheitssystems zugutekommen.

16. „Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung“: Finanzierungsmechanismen, durch die Personen Gesundheitsleistungen erhalten, einschließlich direkter Zahlungen der Haushalte für Güter und Dienstleistungen sowie Finanzierungen durch Dritte.
17. „Staatliche Systeme“: Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung, deren Merkmale gesetzlich oder staatlich festgelegt sind; sie verfügen über ein eigenes Programmbudget und stehen unter der allgemeinen Verantwortung einer staatlichen Stelle.
18. „Obligatorische beitragspflichtige Krankenversicherung“: Finanzierungsmechanismus, der bestimmten Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Wege einer gesetzlich oder staatlich festgelegten Versicherungspflicht gewährleistet; der Anspruch basiert auf der Entrichtung von Krankenversicherungsbeiträgen durch den oder im Namen des betreffenden Versicherten.
19. „Obligatorische Sparkonten für Gesundheitsleistungen (MSA)“: gesetzlich vorgeschriebene Sparkonten, wobei die Grundlagen für die Kapitalbeschaffung und einige Fragen bezüglich der Nutzung des Kontos zur Begleichung von Gesundheitsleistungen staatlich reglementiert sind; keine gemeinsame Nutzung, außer bei Familienangehörigen.
20. „Freiwillige Krankenversicherungen“: Systeme, die auf dem Erwerb einer Versicherungspolice basieren und vom Staat nicht verbindlich vorgeschrieben sind; die Versicherungsprämien können direkt oder indirekt vom Staat subventioniert werden.
21. „Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck“: nichtobligatorische Finanzierungsmechanismen und -programme mit beitragsunabhängigem Leistungsanspruch, die auf öffentlichen, staatlichen oder betrieblichen Spenden basieren.
22. „Finanzierungssysteme von Unternehmen“: in erster Linie Systeme, über die Unternehmen ihren Arbeitnehmern Gesundheitsleistungen direkt anbieten oder diese finanzieren, ohne dass ein versicherungsähnliches System zwischengeschaltet ist.
23. „Selbstzahlungen der Haushalte“: Direktzahlung der Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung aus dem Primäreinkommen oder dem Vermögen der Haushalte, wobei der Nutzer zum Zeitpunkt des Güterkaufs oder der Nutzung der Dienstleistung zahlt.
24. „Ausländische Finanzierungssysteme“: Finanzierungsmechanismen mit Beteiligung bzw. unter Leitung von Einrichtungen, die im Ausland ansässig sind, jedoch im Namen von Gebietsansässigen Mittel sammeln und verwalten sowie Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung kaufen, ohne dass ihre finanziellen Mittel durch ein wohnortgebundenes System fließen.
25. „Leistungserbringer“: Organisationen und Akteure, die Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung als Haupt- oder Nebentätigkeit anbieten.
26. „Krankenhäuser“: Einrichtungen mit spezieller Lizenz, in denen vorwiegend medizinische Leistungen sowie Diagnose- und Behandlungsleistungen einschließlich ärztlicher und pflegerischer Leistungen und sonstiger Gesundheitsdienstleistungen für stationäre Patienten erbracht werden und in denen die speziellen erforderlichen Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Unterbringung der Patienten angeboten werden; zum Leistungsumfang können auch tagesklinische, ambulante und häusliche Gesundheitsleistungen gehören.
27. „Pflegeheime“: Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, in denen vorwiegend Pflege, Beaufsichtigung und andere am Bedarf der Heimbewohner ausgerichtete Pflegeleistungen angeboten werden; ein wesentlicher Teil des Produktionsprozesses und der erbrachten Pflegeleistungen ist eine Mischung aus Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, wobei die Gesundheitsleistungen weitgehend als Pflegeleistungen in Kombination mit personenbezogener Versorgung erbracht werden.
28. „Anbieter ambulanter Gesundheitsversorgung“: Einrichtungen, in denen primär Gesundheitsleistungen unmittelbar für ambulante Patienten erbracht werden, die keine stationäre Behandlung benötigen; hierzu gehören Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten sowie Einrichtungen, die auf tagesklinische und häusliche Gesundheitsleistungen spezialisiert sind.
29. „Anbieter von Hilfsleistungen“: Einrichtungen, die spezifische ergänzende Dienstleistungen direkt für ambulante Patienten unter der Aufsicht von Gesundheitspersonal erbringen; diese Leistungen werden nicht während der Behandlung im Krankenhaus, im Pflegeheim, in ambulanten Einrichtungen oder von anderen Leistungserbringern abgedeckt.
30. „Einzelhändler und sonstige Anbieter medizinischer Güter“: Einrichtungen, deren Haupttätigkeit im Verkauf medizinischer Güter an die breite Öffentlichkeit für die individuelle Verwendung bzw. Nutzung im Haushalt besteht, einschließlich der mit dem Verkauf in Zusammenhang stehenden Einrichtungs- und Reparaturarbeiten.

31. „Anbieter von Präventivmaßnahmen“: Organisationen, die in erster Linie kollektive Programme und Kampagnen zur Prävention sowie Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit für bestimmte Gruppen oder die Bevölkerung als Ganzes anbieten; dazu gehören Zentren für Gesundheitsförderung und -schutz, öffentliche Gesundheitseinrichtungen sowie spezialisierte Einrichtungen, zu deren Haupttätigkeit die Erbringung primärer Präventivmaßnahmen gehört.
 32. „Verwalter und Finanziere des Gesundheitssystems“: Einrichtungen, die in erster Linie für die Regulierung der Tätigkeiten von Stellen der Gesundheitsversorgung und für die allgemeine Verwaltung des Gesundheitswesens zuständig sind, einschließlich der Verwaltung der Finanzierung des Gesundheitswesens.
 33. „Sonstige Wirtschaftszweige“: andere ansässige Leistungserbringer, die nicht anderweitig erfasst sind, einschließlich der privaten Haushalte als Erbringer von persönlichen häuslichen Gesundheitsleistungen für Familienangehörige, wenn sie sozialen Transferleistungen entsprechen, die zu diesem Zweck gewährt werden, sowie alle anderen Wirtschaftszweige, die als sekundäre Tätigkeit Gesundheitsleistungen erbringen.
 34. „Ausländische Anbieter“: alle nicht ansässigen Einheiten, die Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung anbieten oder an Aktivitäten im Gesundheitsbereich beteiligt sind.
-

Zu behandelnde Themen und deren Merkmale, Kreuztabellierung und Aufschlüsselung der Daten

1. Kreuztabellierung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Funktionen der Gesundheitsversorgung (HC) und Finanzierungssystemen (HF) (*)

	Finanzierungssysteme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funktionen der Gesundheitsversorgung		Staatliche Systeme	Obligatorische beitragspflichtige Krankenversicherungen und obligatorische Sparkonten für Gesundheitsleistungen (MSA) (**)	Freiwillige Krankenversicherungen	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme	Laufende Gesundheitsausgaben HF.1-HF.4
HC.1.1; HC.2.1	Stationäre kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung								
HC.1.2; HC.2.2	Tagesklinische kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung								
HC.1.3; HC.2.3	Ambulante kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung								
HC.1.4; HC.2.4	Häusliche kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung								
HC.3.1	Stationäre Langzeitpflege (Gesundheit)								
HC.3.2	Langzeit-Tagespflege (Gesundheit)								
HC.3.3	Ambulante Langzeitpflege (Gesundheit)								
HC.3.4	Häusliche Langzeitpflege (Gesundheit)								
HC.4	Hilfsleistungen (nicht nach Funktion spezifiziert)								
HC.5.1	Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter (nicht nach Funktion spezifiziert)								
HC.5.2	Therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Güter (nicht nach Funktion spezifiziert)								

	Finanzierungssysteme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funktionen der Gesundheitsversorgung		Staatliche Systeme	Obligatorische beitragspflichtige Krankenversicherungen und obligatorische Sparkonten für Gesundheitsleistungen (MSA) (**)	Freiwillige Krankenversicherungen	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme	Laufende Gesundheitsausgaben HF.1-HF.4
HC.6	Prävention (***)								
HC.7	Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung								
HC.9	Sonstige Gesundheitsleistungen, die nicht anderweitig erfasst sind								
	Laufende Gesundheitsausgaben HC.1-HC.9								

(*) Die Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung anzugeben.

(**) Ausgaben für HF.1.3 sind in den Metadaten anzugeben.

(***) Prävention basiert auf einer Strategie zur Gesundheitsförderung, zu der die Befähigung der betreffenden Personen gehört, ihre Gesundheit zu verbessern, indem sie bestimmte unmittelbare Gesundheitsfaktoren kontrollieren. Interventionen werden einbezogen, sofern ihr Hauptzweck die Förderung der Gesundheit ist und sie vor der Diagnosestellung erfolgen. Prävention umfasst individuelle und kollektive Interventionen.

2. Kreuztabellierung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Funktionen der Gesundheitsversorgung (HC) und Leistungserbringern (HP) (*)

	Leistungserbringer	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funktionen der Gesundheitsversorgung		Krankenhäuser	Pflegeheime	Anbieter ambulanter Gesundheitsversorgung	Anbieter von Hilfsleistungen	Einzelhändler und sonstige Anbieter medizinischer Güter	Anbieter von Präventivmaßnahmen	Verwalter und Finanziers des Gesundheitssystems	Sonstige Wirtschaftszweige	Ausländische Anbieter	Laufende Gesundheitsausgaben HP. 1-HP. 9
HC.1.1; HC.2.1	Stationäre kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung										
HC.1.2; HC.2.2	Tagesklinische kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung										
HC.1.3; HC.2.3	Ambulante kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung										
HC.1.4; HC.2.4	Häusliche kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung										
HC.3.1	Stationäre Langzeitpflege (Gesundheit)										
HC.3.2	Langzeit-Tagespflege (Gesundheit)										
HC.3.3	Ambulante Langzeitpflege (Gesundheit)										
HC.3.4	Häusliche Langzeitpflege (Gesundheit)										
HC.4	Hilfsleistungen (nicht nach Funktion spezifiziert)										
HC.5.1	Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter (nicht nach Funktion spezifiziert)										
HC.5.2	Therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Güter (nicht nach Funktion spezifiziert)										
HC.6	Prävention (**)										
HC.7	Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung										

	Finanzierungssysteme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Leistungserbringer		Staatliche Systeme	Obligatorische beitragspflichtige Krankenversicherungen und obligatorische Sparkonten für Gesundheitsleistungen (MSA) (**)	Freiwillige Krankenversicherungen	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme (nicht ansässig)	Laufende Gesundheitsausgaben HF.1-HF.4
HP.5	Einzelhändler und sonstige Anbieter medizinischer Güter								
HP.6	Anbieter von Präventivmaßnahmen								
HP.7	Verwalter und Finanziere des Gesundheitssystems								
HP.8	Sonstige Wirtschaftszweige								
HP.9	Ausländische Anbieter								
	Laufende Gesundheitsausgaben HP.1-HP.9								

(*) Die Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung anzugeben.

(**) Ausgaben für HF.1.3 sind in den Metadaten anzugeben.