VERORDNUNG (EU) 2021/1901 DER KOMMISSION**vom 29. Oktober 2021****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) Aus der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 ergibt sich, dass die Daten und Metadaten über Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung im Wege von Durchführungsmaßnahmen festgelegt werden sollten.
- (2) Gemäß Artikel 6 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 hat die Kommission eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt, bei der die Vorteile der Verfügbarkeit von Daten über Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung berücksichtigt wurden. Variablen zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung sollten erfasst werden, um sicherzustellen, dass EU-weite Daten für Entscheidungen im Bereich Gesundheits- und Sozialpolitik zur Verfügung stehen.
- (3) Die Kommission (Eurostat) hat gemeinsam mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der Weltgesundheitsorganisation ein statistisches Referenzhandbuch, „System of Health Accounts 2011“ ⁽²⁾, erstellt, um Relevanz und Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Dieses Handbuch, in dem die Konzepte, Definitionen und Methoden für die Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung dargelegt sind, sollte zusammen mit den Leitlinien für die gemeinsame jährliche Datenerhebung die Grundlage für den detaillierten Fragebogen bilden.
- (4) Die in dieser Verordnung vorgesehenen Maßnahmen entsprechen der Stellungnahme des mit Artikel 7 der Verordnung (EG) Nr. 223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates ⁽³⁾ eingesetzten 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

Für die Zwecke dieser Verordnung gelten die Begriffsbestimmungen in Anhang I.

⁽¹⁾ ABl. L 354 vom 31.12.2008, S. 70.

⁽²⁾ OECD, Eurostat und Weltgesundheitsorganisation, A System of Health Accounts 2011.

⁽³⁾ Verordnung (EG) Nr. 223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2009 über europäische Statistiken und zur Aufhebung der Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1101/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Übermittlung von unter die Geheimhaltungspflicht fallenden Informationen an das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften, der Verordnung (EG) Nr. 322/97 des Rates über die Gemeinschaftsstatistiken und des Beschlusses 89/382/EWG, Euratom des Rates zur Einsetzung eines Ausschusses für das Statistische Programm der Europäischen Gemeinschaften (ABl. L 87 vom 31.3.2009, S. 164).

Artikel 3

Die Mitgliedstaaten übermitteln Daten für die in Anhang II angegebenen Bereiche und auf der dort angegebenen Aggregationsebene.

Artikel 4

(1) Die Mitgliedstaaten übermitteln die erforderlichen Daten und die damit verbundenen Standard-Referenzmetadaten jährlich. Der Bezugszeitraum ist das Kalenderjahr. Das erste Bezugsjahr ist das Jahr 2021.

(2) Daten und Referenzmetadaten für das Bezugsjahr N werden bis zum 30. April N+2 übermittelt.

(3) Daten und Referenzmetadaten werden der Kommission (Eurostat) über das zentrale Dateneingangsportal übermittelt, oder sie werden der Kommission (Eurostat) zum Abruf auf elektronischem Wege zur Verfügung gestellt.

Artikel 5

Die Mitgliedstaaten übermitteln die erforderlichen Referenzmetadaten insbesondere in Bezug auf:

- a) die Datenquellen und deren Erfassungsbereich;
- b) die angewandten Erstellungsmethoden;
- c) Angaben zu den Merkmalen der nationalen Gesundheitsausgaben und der spezifischen Finanzierung der Mitgliedstaaten sowie Abweichungen von den Definitionen in Anhang I;
- d) Verweise auf nationale Rechtsvorschriften, wenn sie die Grundlage für die Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung bilden;
- e) Angaben zu etwaigen Änderungen der in Anhang I 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 29. Oktober 2021

Für die Kommission
Die Präsidentin
Ursula VON DER LEYEN

ANHANG I

Begriffsbestimmungen

1. „Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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“ bezeichnet 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“ bezeichnet die Art des Bedarfs, der mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen gedeckt werden soll, oder die Art des angestrebten Gesundheitsziels.
4. „Stationäre kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung“: „Stationäre Gesundheitsversorgung“ bezeichnet die in einer Einrichtung des Gesundheitswesens stattfindende Behandlung und/oder Versorgung von stationär aufgenommenen Patienten. „Kurative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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. „Rehabilitative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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.
5. „Tagesklinische kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung“: „Tagesklinische Gesundheitsversorgung“ bezeichnet geplante medizinische und paramedizinische Dienstleistungen, die in einer Einrichtung des Gesundheitswesens erbracht werden, die zur Diagnose, zur Behandlung oder zu anderen Arten der Gesundheitsversorgung aufgenommen wurden und am selben Tag wieder entlassen werden. „Kurative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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. „Rehabilitative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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. „Ambulante kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung“: „Ambulante Gesundheitsversorgung“ bezeichnet medizinische Leistungen und Hilfsleistungen, die einem nicht stationär aufgenommenen Patienten in einer Einrichtung des Gesundheitswesens erbracht werden. „Kurative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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. „Rehabilitative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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.
7. „Häusliche kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung“: „Häusliche Gesundheitsversorgung“ bezeichnet medizinische, Hilfs- und Pflegeleistungen, die vom Patienten zu Hause unter Anwesenheit des Leistungserbringers in Anspruch genommen werden. „Kurative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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. „Rehabilitative Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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.
8. „Stationäre Langzeitpflege (Gesundheit)“: „Stationäre Pflege“ bezeichnet die in einer Einrichtung des Gesundheitswesens stattfindende Behandlung und/oder Versorgung von stationär aufgenommenen Patienten. „Langzeitpflege (Gesundheit)“ bezeichnet eine Reihe medizinischer oder pflegerischer und personenbezogener Leistungen zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem vorrangigen Ziel der Linderung von Schmerzen und Leiden sowie der Verringerung oder Beherrschung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von langzeitpflegebedürftigen Patienten.

9. „Langzeit-Tagespflege (Gesundheit)“: „Tagespflege“ bezeichnet 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. „Langzeitpflege (Gesundheit)“ bezeichnet eine Reihe medizinischer oder pflegerischer und personenbezogener Leistungen zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem vorrangigen Ziel der Linderung von Schmerzen und Leiden sowie der Verringerung oder Beherrschung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von langzeitpflegebedürftigen Patienten.
10. „Ambulante Langzeitpflege (Gesundheit)“: „Ambulante Pflege“ bezeichnet medizinische Leistungen und Hilfsleistungen, die einem nicht stationär aufgenommenen Patienten in einer Einrichtung des Gesundheitswesens erbracht werden. „Langzeitpflege (Gesundheit)“ bezeichnet eine Reihe medizinischer oder pflegerischer und personenbezogener Leistungen zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem vorrangigen Ziel der Linderung von Schmerzen und Leiden sowie der Verringerung oder Beherrschung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von langzeitpflegebedürftigen Patienten.
11. „Häusliche Langzeitpflege (Gesundheit)“: „Häusliche Pflege“ bezeichnet medizinische, Hilfs- und Pflegeleistungen, die vom Patienten zu Hause unter Anwesenheit des Leistungserbringers in Anspruch genommen werden. „Langzeitpflege (Gesundheit)“ bezeichnet eine Reihe medizinischer oder pflegerischer und personenbezogener Leistungen zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem vorrangigen Ziel der Linderung von Schmerzen und Leiden sowie der Verringerung oder Beherrschung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von langzeitpflegebedürftigen Patienten.
12. „Hilfsleistungen (nicht nach Funktion spezifiziert)“ bezeichnet 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.
13. „Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter (nicht nach Funktion spezifiziert)“ bezeichnet 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.
14. „Therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Güter (nicht nach Funktion spezifiziert)“ bezeichnet 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.
15. „Prävention“ bezeichnet jede Maßnahme, die darauf abzielt, die Anzahl oder die Schwere von Verletzungen und Krankheiten, ihre Folgen und Komplikationen zu verringern bzw. ganz zu vermeiden.
16. „Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung“ bezeichnet 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.
17. „Sonstige Gesundheitsdienstleistungen, anderweitig nicht genannt (a. n. g.)“ umfasst alle sonstigen Gesundheitsdienstleistungen, die nicht unter HC.1 bis HC.7 fallen.
18. „Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung“ bezeichnet Finanzierungsmechanismen, durch die Personen Gesundheitsleistungen erhalten, einschließlich direkter Zahlungen der Haushalte für Güter und Dienstleistungen sowie Finanzierungen durch Dritte.
19. „Staatliche Systeme“ bezeichnet 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.

20. „Krankenversicherungssysteme“ bezeichnet einen 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.
21. „Private Pflichtversicherungssysteme“ bezeichnet einen Finanzierungsmechanismus, der bestimmten Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Wege einer gesetzlich oder staatlich festgelegten Versicherungspflicht gewährleistet; der Anspruch basiert auf dem Erwerb einer privaten Krankenversicherungspolice.
22. „Freiwillige Krankenversicherungen“ bezeichnet 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.
23. „Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck“ bezeichnet nichtobligatorische Finanzierungsmechanismen und -programme mit beitragsunabhängigem Leistungsanspruch, die auf öffentlichen, staatlichen oder betrieblichen Spenden basieren.
24. „Finanzierungssysteme von Unternehmen“ bezeichnet in erster Linie Systeme, über die Unternehmen ihren Arbeitnehmern Gesundheitsleistungen direkt anbieten oder diese finanzieren, ohne dass ein versicherungsähnliches System zwischengeschaltet ist.
25. „Selbstzahlungen der Haushalte“ bezeichnet die 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.
26. „Ausländische Finanzierungssysteme“ bezeichnet 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.
27. „Leistungserbringer“ bezeichnet Organisationen und Akteure, die Güter und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung als Haupt- oder Nebentätigkeit anbieten.
28. „Krankenhäuser“ bezeichnet 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.
29. „Pflegeheime“ bezeichnet 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.
30. „Anbieter ambulanter Gesundheitsversorgung“ bezeichnet 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.
31. „Anbieter von Hilfsleistungen“ bezeichnet 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.
32. „Einzelhändler und sonstige Anbieter medizinischer Güter“ bezeichnet 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.

33. „Anbieter von Präventivmaßnahmen“ bezeichnet 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.
 34. „Verwalter und Finanziere des Gesundheitssystems“ bezeichnet 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.
 35. „Sonstige Wirtschaftszweige“ bezeichnet 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.
 36. „Ausländische Anbieter“ bezeichnet 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)

Alle Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung anzugeben.

	Finanzierungssysteme	HF.1.1.	HF.1.2.1	HF.1.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funktionen der Gesundheitsversorgung		Staatliche Systeme	Krankenversicherungssysteme	Private Pflichtversicherungssysteme	Freiwillige Krankenversicherungen	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme	Aktuelle 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)									

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	Präventivmaßnahmen										
HC.7	Governance sowie Verwaltung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung										
HC.9	Sonstige Gesundheitsdienstleistungen, anderweitig nicht genannt (a. n. g.)										
	<i>Laufende Gesundheitsausgaben HC.1-HC.9</i>										

3. Kreuztabellierung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF)

Alle Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung anzugeben.

	Finanzierungssysteme	HF.1.1	HF.1.2.1	HF.1.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Leistungserbringer		Staatliche Systeme	Krankenversicherungssysteme	Private Pflichtversicherungssysteme	Freiwillige Krankenversicherungen	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme (nicht ansässig)	Laufende Gesundheitsausgaben HF.1-HF.4
HP.1	Krankenhäuser									
HP.2	Pflegeheime									
HP.3	Anbieter ambulanter Gesundheitsversorgung									
HP.4	Anbieter von Hilfsleistungen									
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									