



Rat der
Europäischen Union

Brüssel, den 2. Oktober 2014
(OR. en)

13812/14
ADD 1

SAN 364
STATIS 100
SOC 664

ÜBERMITTLUNGSVERMERK

Absender: Herr Jordi AYET PUIGARNAU, Direktor, im Auftrag der Generalsekretärin der Europäischen Kommission

Eingangsdatum: 1. Oktober 2014

Empfänger: Herr Uwe CORSEPIUS, Generalsekretär des Rates der Europäischen Union

Nr. Komm.dok.: D035487/01 - Annex 1

Betr.: ANHÄNGE der VERORDNUNG (EU) Nr. .../.. DER KOMMISSION vom XXX 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

Die Delegationen erhalten in der Anlage das Dokument D035487/01 - Annex 1.

Anl.: D035487/01 - Annex 1



EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Brüssel, den XXX
D035487/01
[...] (2014) XXX

ANNEXES 1 to 2

ANHÄNGE

der

VERORDNUNG (EU) Nr. .../.. DER KOMMISSION vom XXX

**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**

[...]

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.

ANHANG II

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

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

Funktionen der Gesundheitsversorgung	Finanzierungssysteme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF2.3	HF.3	HF.4	Laufende Gesundheitsausgaben HF.1-HF.4
HC.1.1; HC.2.1	Stationäre kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung	Staatliche Systeme	beitragspflichtige Krankenversicherung und obligatorische Sparkonten für Gesundheitleistung	Freiwillige Krankenversicherung	Finanzierungssysteme von Einrichtungen ohne Erwerbszweck	Finanzierungssysteme von Unternehmen	Selbstzahlungen der Haushalte	Ausländische Finanzierungssysteme	
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																			
HC.9	Sonstige Gesundheitsleistungen, die nicht anderweitig erfasst sind																			
	<i>Laufende Gesundheitsausgaben</i> <i>HC.1-HC.9</i>																			

* 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	ambulante Gesundheitsversorgung	Anbieter von Hilfsleistungen	and sonstige Anbieter	Präventivmaßnahmen	Verwalter und Finanziers des Gesundheitssystems	Wirtschaftszweige	Ausländische Anbieter	Langzeitgesundheitsausgaben
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																					
HC.9	Sonstige Gesundheitsleistungen, die nicht anderweitig erfasst sind <i>Laufende Gesundheitsausgaben</i> <i>HC.1-HC.9</i>																					

* Die Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung 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.

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

Leistungserbringer	Finanzierungssysteme	Finanzierungssystemen (HF)*							
		HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
		Staatliche Systeme	Krankenversicherung en und obligatorische Sparkonten für	Freiwillige Krankenversicherung en	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 Finanziers des Gesundheitssystems								
HP.8	Sonstige Wirtschaftszweige								
HP.9	Ausländische Anbieter								
	<i>Laufende Gesundheitsausgaben HP.1-HP.9</i>								

* Die Daten sind in Millionen Einheiten der Landeswährung anzugeben.