

Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise

Thomas Brändle
Carsten Colombier



Die Working papers der EFV spiegeln nicht notwendigerweise die offiziellen Positionen des Amtes, des Departements oder des Bundesrats wider. Für die in den Arbeiten vertretenen Thesen und allfällige Irrtümer sind in erster Linie die Autoren selbst verantwortlich.

Impressum

Redaktion	Ökonomische Analyse und Beratung ÖAB Thomas Brändle, Carsten Colombier Bundesgasse 3 CH-3003 Berne Schweiz
E-Mail	thomas.braendle@efv.admin.ch , carsten.colombier@efv.admin.ch
Internet	www.efv.admin.ch http://www.efv.admin.ch/workingpaper
Layout	Webteam EFV, SPK
ISSN	1660-7937
Sprachversion	Deutsch, Französisch und Englisch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abstract	7
1 Einleitung	8
2 Grundlagen der Projektionen	11
2.1. Kostentreiber im Gesundheitswesen	11
2.2. Szenarien	15
2.3. Projektionsmethodik	16
2.4. Gesundheitsausgaben in den Jahren der Coronapandemie	20
3 Projektionen der Gesundheitsausgaben	21
3.1. Gesamtausgaben für die Gesundheit	21
3.2. Öffentliche Gesundheitsausgaben	23
3.3. Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	31
3.4. Schlussfolgerungen zu den Ausgabenprojektionen	33
3.5. Vergleich mit anderen Studien	35
4 Politikscenario: Kostenziele für die OKP	38
5 Schlussfolgerungen	43
Literaturverzeichnis	45
Tabellenanhang	51
Formelanhang	53

Abkürzungsverzeichnis

- AHV:** Alters- und Hinterlassenenversicherung
- AHV-HE:** AHV-Hilflosenentschädigung
- AWG:** Ageing Working Group der Europäischen Union (Economic Policy Committee und Europäische Kommission – Generaldirektorat für Wirtschaft und Finanzen)
- BAG:** Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössisches Departement des Innern
- BIP:** Bruttoinlandsprodukt
- BFS:** Bundesamt für Statistik, Eidgenössisches Departement des Innern
- DRG:** Diagnosis-Related Groups, d. h. leistungsbezogene Fallpauschalen bzw. Fallkostenauspauschalen; das Schweizer System der Fallpauschalen heisst Swiss DRG.
- EDI:** Eidgenössisches Department des Innern.
- EFD:** Eidgenössisches Finanzdepartement
- EFV:** Eidgenössische Finanzverwaltung EFD
- EL:** Ergänzungsleistungen
- EU:** Europäische Union
- GoL:** Gesundheit ohne Langzeitpflege
- IPV:** individuelle Prämienverbilligung
- IV:** Invalidenversicherung
- IV-HE:** IV-Hilflosenentschädigung
- KVG:** Bundesgesetz über die Krankenversicherung
- LPF:** Langzeitpflege ab 65 Jahren
- Obsan:** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development
- OKP:** Obligatorische Krankenpflegeversicherung
- VZÄ:** Vollzeitäquivalente

Abstract

Bereits vor der Coronakrise haben stark wachsende Gesundheitsausgaben die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen in Frage gestellt. Die Pandemie hat diese Bedenken verstärkt und zudem die Bedeutung von widerstandsfähigen Gesundheitssystemen unterstrichen. Um den wirtschaftspolitischen Handlungsbedarf im Gesundheitswesen aufzuzeigen, werden in diesem Papier Ausgabenprojektionen für die Schweiz bis ins Jahr 2050 erstellt. Die Ausgabenprojektionen berücksichtigen die finanziellen Auswirkungen der Coronakrise und der absehbaren Alterung der Bevölkerung. Die Projektionen zeigen, dass, während die coronabedingten Ausgaben für die Gesundheit die öffentlichen Haushalte in der kurzen Frist belasten, die Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2050 einen anhaltenden und wachsenden Druck auf die öffentlichen Haushalte und die obligatorische Krankenversicherung ausübt. In der mittleren bis langen Frist sind die Gesundheitsausgaben jedoch nicht nur getrieben durch den demografischen Wandel, sondern auch durch nicht-demografische Faktoren wie das steigende Einkommen, den medizinischen Fortschritt und die Baumolsche Kostenkrankheit. Die Projektionen legen zudem nahe, dass die Langzeitpflege von einem stärkeren Kostenwachstum betroffen sein wird als das restliche Gesundheitswesen. Die Sensitivitätsanalysen zeigen auf, dass der stärkste Kostendruck von alternativen Annahmen über die Wirkung der nicht-demografischen Kostentreiber ausgeht. In einem Politikscenario werden ausserdem die kostendämpfenden Auswirkungen von Kostenzielen für das Gesundheitswesen diskutiert.

Keywords: healthcare expenditure growth, population ageing, long-term projections, sustainability, public finances, health insurance, budgetary target, Baumol's cost disease

JEL code: H51, I13, I18

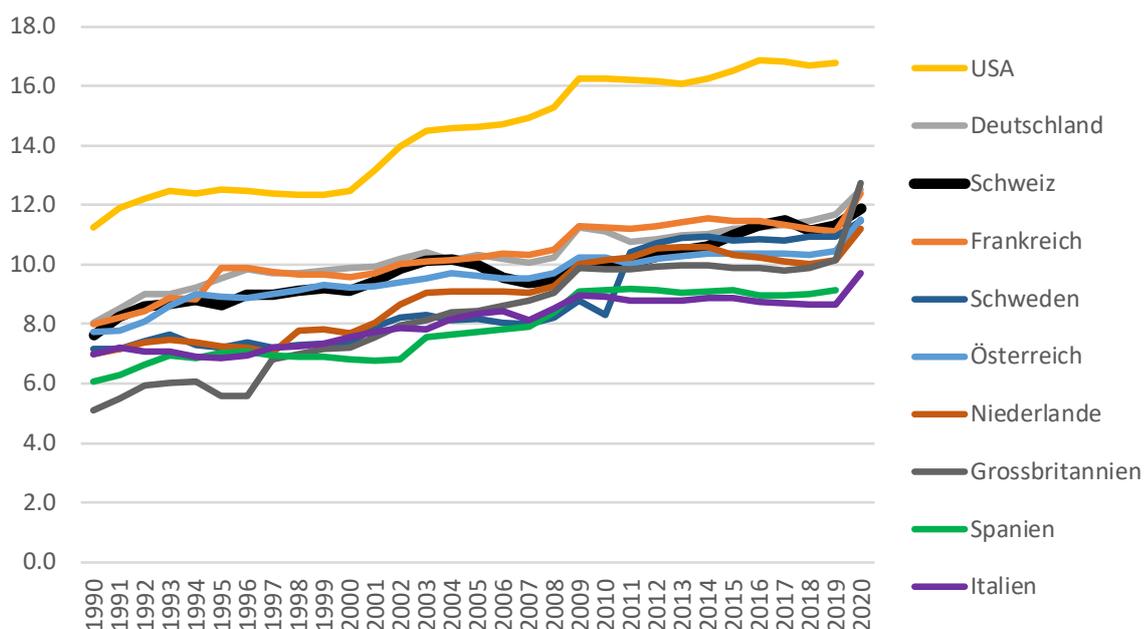
1 Einleitung

Die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, dass die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in der Zukunft wahrscheinlich zunehmen. Ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen soll allen zugänglich sein und leistungs- und widerstandsfähig in Krisenzeiten sein. Dazu muss es in der Lage sein auf die verschiedenen Trends wie Alterung oder medizinischer Fortschritt zu reagieren. Auch ist es unerlässlich, dass sich die Gesundheitspolitik auf potenzielle Gesundheitskrisen wie sich wiederholende Pandemien, antimikrobielle Resistenzen oder die Auswirkungen des Klimawandels vorbereitet.

Ein wichtiges Element einer vorausschauenden Politik ist die Frage der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Bereits vor COVID-19 hat die Mehrheit der OECD-Länder den anhaltenden Ausgabendruck im Gesundheitssystem als eine der zentralen wirtschaftspolitischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte identifiziert. Die Pandemie hat der Frage der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitswesen mit einem zusätzlichen Fokus auf Widerstandsfähigkeit noch mehr Bedeutung verliehen (vgl. OECD 2021).

Bereits vor der Coronakrise waren die Gesundheitsausgaben in vielen entwickelten Volkswirtschaften stark gestiegen (vgl. Grafik 1). In der Schweiz hatten sich die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 7,6 % im Jahr 1990 auf 11,3 % im Jahr 2019 erhöht, eine ähnliche Dynamik wie in Deutschland und Frankreich. Die Volkswirtschaften wenden also einen stetig steigenden Teil ihres Einkommens für Gesundheit auf. Die coronabedingten Mehrausgaben für das Gesundheitswesen bei gleichzeitigem Einbruch der Wirtschaftsleistung haben diese Entwicklung im Jahr 2020 akzentuiert.

Grafik 1: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (in BIP-%)



Quelle: OECD.

Anmerkung: In einigen Ländern liegen die Daten für das Jahr 2020 noch nicht in international vergleichbarer Weise vor.

Pflegeleistungen. Neben dieser durch die Alterung bedingten stetigen Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sind für die steigenden Gesundheitsausgaben auch einige Besonderheiten des Gesundheitswesens von Bedeutung. Insbesondere kann es im Gesundheitswesen durch ausgabensteigernde Anreize aufgrund der Versicherungsdeckung („moral hazard“) und asymmetrisch verteilte Information zwischen Patientinnen und Ärzten zu Marktversagen kommen.¹ Letzteres kann angesichts des besseren Informationsstands der Ärzte zu einer anbieterinduzierten Nachfrage («supplier-induced demand») führen, welche über dem medizinisch notwendigen Mass an Behandlung liegt. Ebenso wichtig sind Aspekte wie der medizinisch-technische Fortschritt und die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung angesichts steigender Einkommen. All diese Faktoren tragen zu einer hohen Komplexität im Gesundheitswesen mit einer Vielzahl von Akteuren und den damit verbundenen ausgabensteigernden Anreizen bei.

Da die hohe Ausgabendynamik und die damit verbundene Finanzierungslast ein zunehmend wichtiges wirtschafts- und finanzpolitisches Handlungsfeld ist, fließt das Gesundheitswesen auch in die Berechnungen zur Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen ein (AWG 2021, EFD 2021). Die vorliegenden Ausgabenprojektionen vertiefen die Langfristperspektiven und sollen vor dem Hintergrund der Coronakrise die zukünftige Zusatzlast für die öffentlichen Haushalte und die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgrund des zu erwartenden Kostendrucks im Gesundheitswesen verdeutlichen. Es soll aufgezeigt werden, über welche Stellschrauben die Gesundheitspolitik die Ausgabenentwicklung in der Schweiz beeinflussen kann.

Die Projektionen sind durch erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der unterstellten wirtschaftlichen Entwicklung, bezüglich der Grösse der Kosteneffekte und der Modellierung nicht-demografischer Einflussfaktoren im Gesundheitswesen gekennzeichnet. Die Projektionen sind entsprechend nicht als Prognosen aufzufassen, sondern stellen eine Fortschreibung langfristiger Trends und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben dar. Die Projektionen können und sollen keinen Aufschluss darüber geben, wie hoch die Gesundheitsausgaben in 30 Jahren genau sind. Vielmehr geht es darum, eine grobe Orientierung für die Ausgabenentwicklung zu geben und zu verdeutlichen, wie sensitiv die Ausgaben auf verschiedene Kostentreiber reagieren. Daher werden Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen über die Wirkung der Kostentreiber erstellt. Für die Projektionen wird angenommen, dass sich die politischen Rahmenbedingungen gegenüber dem Status Quo nicht ändern («no-policy-change»). Mit anderen Worten: Wie werden die Gesundheitsausgaben unter den getroffenen Annahmen ansteigen, wenn keine Massnahmen getroffen werden.

Neben den unmittelbaren Auswirkungen der Alterung stehen alternative Annahmen über den Gesundheitszustand (Morbidität) bei fortschreitender Lebenserwartung im Vordergrund. Daneben sollen die Effekte wichtiger nicht-demografischer Kostentreiber aufgezeigt werden. Zuerst wird dem Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen. Über die entsprechende Einkommenselastizität werden nachfrage- wie auch angebotsseitige Effekte, wie Ansprüche der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt, erfasst. Zudem ist zu beobachten, dass die Preisentwicklung im Gesundheitswesen im Vergleich zur Volkswirtschaft überdurchschnittlich hoch ist. Dies

¹ Für Marktversagen im Gesundheitswesen und ihrer makroökonomischen Bedeutung, vgl. z. B. Hsiao und Heller (2007). Ein Überblick zu den verschiedenen Herausforderungen im Gesundheitswesen wird in Glied und Smith (2013) gegeben.

kann auf Ineffizienzen und die Baumolsche Kostenkrankheit zurückgeführt werden. Letztere beschreibt den Zusammenhang zwischen einem vermuteten geringen Produktivitätsfortschritt und der Preisentwicklung im Gesundheitswesen.

Die Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen steigen im Referenzszenario der vorliegenden Projektionen von 11,3 % im Basisjahr 2019 auf 15 % des BIP im Jahr 2050. Die Ausgaben für die Langzeitpflege (ab 65 Jahren) steigen deutlich dynamischer als die Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege bis in das Jahr 2050. Die Ausgaben für die Langzeitpflege sind für die öffentlichen Haushalte anteilmässig bedeutender als für das Gesundheitswesen insgesamt. Im Referenzszenario steigen die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (mit IPV) von 3,8 % im Jahr 2019 auf 5,1 % des BIP im Jahr 2050 an. Der Ausgabenanstieg geht primär zu Lasten der Kantone. Beim Bund schlagen in der kurzen Frist die coronabedingten Mehrausgaben zu Buche. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ohne IPV und ohne Kostenbeteiligung) ist ebenfalls ein Ausgabenwachstum von 3,6 % auf 4,9 % des BIP im Jahr 2050 zu beobachten.

In Abschnitt 2 werden die Grundlagen der Ausgabenprojektionen dargestellt. Der Abschnitt 3 präsentiert die Ergebnisse der Projektionen für das gesamte Gesundheitswesen, die öffentliche Hand und die OKP. Darauf aufbauend werden auf die Stellschrauben für die Gesundheitspolitik hingewiesen. Ausserdem wird ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit der Vorgängerstudie und den Arbeiten der OECD und der EU angestellt. Abschnitt 4 fokussiert auf die Diskussion um Kostendämpfung und präsentiert ein PolitikszENARIO, in welchem basierend auf den Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen die Auswirkungen von Kostenzielen in der OKP dargestellt werden.

2 Grundlagen der Projektionen

Dieser Abschnitt diskutiert die mittel- bis langfristig zentralen Kostentreiber im Gesundheitswesen und beschreibt die verschiedenen Szenarien. Im Anschluss werden die Annahmen zu Demografie und Wirtschaftsentwicklung und die Projektionsmethodik dargestellt. Abschliessend wird kurz darauf eingegangen, wie die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in den Jahren der Coronapandemie berücksichtigt wird.

2.1. Kostentreiber im Gesundheitswesen

Als wesentliche strukturelle Determinanten der Gesundheitsausgaben in entwickelten Volkswirtschaften werden in der Literatur die Alterung, der Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität), die Nähe zum Tod (Mortalität), die Einkommensentwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, die Veränderung der relativen Preise, sowie institutionelle Rahmenbedingungen, wie z. B. die Versicherungsdeckung der Bevölkerung, diskutiert. Jedoch ist das Ausmass des Zusammenhangs zwischen den Einflussfaktoren und den Gesundheitsausgaben häufig nicht eindeutig.²

Alterung und Gesundheitszustand

Neben den unmittelbaren Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben sollen diejenigen Effekte dargestellt werden, welche über eine Veränderung des Gesundheitszustands (Morbidität) einer alternden Bevölkerung ausgabenwirksam werden können. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die Morbidität der Bevölkerung mit der zunehmenden Lebenserwartung verändert.

Im Wesentlichen haben sich dazu drei konkurrierende Hypothesen herauskristallisiert. Gemäss der These einer reinen Morbiditätsausweitung, einem sogenannten „Pure Ageing“, werden die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre nicht in guter Gesundheit verbracht werden (Gruenberg 1977). Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert sich. Die These der relativen Verringerung der Morbidität, ein sogenanntes „Healthy Ageing“, besagt, dass sich die in Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit nicht verändert. Jedoch wird die gewonnene Lebenszeit in einem guten Gesundheitszustand verbracht (Manton 1982). Die These einer absoluten Reduktion der Morbidität bei steigender Lebenserwartung wird von Fries (1980; 1989) vertreten. Aufgrund besserer Technologie und besserer Prävention kann die in Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit sogar komprimiert werden. Die in guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit nimmt dann stärker als die Lebenserwartung zu. Da es über die Interaktion von zunehmender Lebenserwartung und Morbiditätsentwicklung in der Empirie keine eindeutigen Erkenntnisse gibt, werden Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Veränderung der Morbidität unterstellt.

Einkommensentwicklung, medizinischer Fortschritt und Baumolsche Kostenkrankheit

Als erstem nicht-demografischem Einflussfaktor wird dem empirisch beobachtbaren Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen. So stiegen in der Vergangenheit Letztere gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen überproportional an. Dieser Zusammenhang erfasst nachfrage- wie auch angebotsseitige Effekte, wie zum Beispiel steigende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und den medizinisch-technischen Fortschritt.

2 Für einen Überblick, vgl. Martin et al. (2011), De la Maisonnette und Oliveira Martins (2014), Gerdtham und Jönsson (2000), sowie De la Maisonnette et al. (2016).

Da sich der medizinisch-technische Fortschritt empirisch nur sehr schwer quantifizieren lässt (vgl. Marino und Lorenzoni, 2019), wird in den vorliegenden Projektionen davon ausgegangen, dass der Kosteneffekt des medizinisch-technischen Fortschritts mit Hilfe der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung indirekt erfasst werden kann. So bestehen gemäss Smith et al. (2009) enge Interdependenzen zwischen dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen: Mit zunehmenden Wohlstand einer Gesellschaft kann davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage nach medizinischen Innovationen steigt („demand pull“). Gleichzeitig erweitern sich mit zunehmendem Wohlstand die Absatzmöglichkeiten für Gesundheitsleistungen, was den Anreiz zu Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen erhöht („supply push“). Chandra und Skinner (2012) betonen in diesem Kontext, dass medizinische Fortschritte in Produktivitätsgewinne umgewandelt werden können, wenn Innovationen sehr kosteneffektiv sind und neue Verfahren nicht überstrapaziert werden. Gleichzeitig können komplexere Behandlungen jedoch auch das Produktivitätswachstum verlangsamen und zu steigenden Kosten führen.

Eine zentrale Frage ist, ob die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (und damit die Gesundheitsausgaben) überproportional zum Einkommen ansteigt und somit Gesundheitsleistungen ein sogenanntes Luxusgut darstellen. Auf individueller Ebene hängt die Höhe der Einkommenselastizität stark von der Versicherungsdeckung ab. Je grösser diese ist, desto weniger sensitiv reagiert die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf Veränderungen des Einkommens. Die Budgetrestriktion greift bei Versicherungsdeckung entsprechend erst auf Ebene des Versicherungspools. Da in vielen entwickelten Volkswirtschaften ein Versicherungsobligatorium besteht, lässt sich empirisch ein starker positiver Zusammenhang eher nur auf der aggregierten, makroökonomischen Ebene feststellen. Darüber hinaus erfasst das individuelle Einkommen den medizinisch-technischen Fortschritt nur unvollständig – dies ändert sich, wenn das gesamtwirtschaftliche Einkommen betrachtet wird.

Frühe empirische Arbeiten legen nahe, dass Gesundheitsleistungen ein sogenanntes notwendiges Gut auf individueller Ebene und ein Luxusgut auf aggregierter Ebene darstellen (siehe Gerdtam und Jönsson 2000). Ein klarer Konsens über die Höhe der Einkommenselastizität auf aggregierter Ebene existiert jedoch nicht. Neuere Studien basieren oft auf umfangreicheren Datengrundlagen und verwenden fortgeschrittene empirische Methoden, um Probleme wie Verzerrung durch das Vernachlässigen wichtiger Bestimmungsfaktoren oder unklarer Kausalität zu adressieren. Diese Studien suggerieren meist eine Einkommenselastizität, welche etwas unter 1 liegt.³ In international vergleichender Perspektive wird auch von einer glockenförmigen Verteilung der Einkommenselastizitäten in Abhängigkeit des Entwicklungsstands der Volkswirtschaften gesprochen, sodass für Volkswirtschaften mit hohem und niedrigem BIP eher niedrigere Einkommenselastizitäten zu erwarten sind.

Für die Schweiz zeigt Colombier (2018) in einer Zeitreihenanalyse für die gesamten Gesundheitsausgaben eine positive partielle Korrelation mit dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen, deren Einkommenselastizität um eins herumliegt. Für einen kantonalen Paneldatensatz für den Zeitraum 1970–2012 finden Brändle und Colombier (2016), in Einklang mit den Ergebnissen der neueren

³ Vgl. Baltagi et al. (2017), Baltagi und Moscone (2010), Hartwig und Sturm (2014), De la Maisonneuve und Oliveira Martins (2014) für OECD-Panelanalysen, Medeiros und Schwierz für die Europäische Union (2013), Moscone und Tosetti (2010), Acemoglu et al. (2013) und Murthy und Okunade (2016) für Analysen in den USA, sowie Costa-Font et al. (2011) für eine Metaregressionsanalyse.

Forschungsliteratur, eine robuste partielle Korrelation zwischen dem Einkommen und den kantonalen Gesundheitsausgaben, die geschätzte Einkommenselastizität liegt dabei zwischen 0,7 und 0,8. Vatter und Rueffli (2003), welche die Determinanten der Gesundheitsausgaben für einen Querschnitt von Kantonen und Kommunen für die Jahre von 1994 bis 1999 untersuchen, finden eine positive partielle Korrelation zwischen dem kantonalen Einkommen und den öffentlichen Gesundheitsausgaben. Für die OKP-Ausgaben finden die Autoren eine positive, aber nicht signifikante partielle Korrelation. Crivelli et al. (2006) und Reich et al. (2012) untersuchen die Summe aus den Gesundheitsausgaben der Kantone und den OKP-Ausgaben auf der kantonalen Ebene. Für einen deutlich kürzeren Zeitraum, 1996 bis 2002 bzw. von 1997 bis 2007, können diese Studien keinen positiven Zusammenhang zwischen dem kantonalen Einkommen und den Gesundheitsausgaben zeigen.

Der zweite Faktor betrifft die Entwicklung der Produktivität im Gesundheitswesen und damit die Veränderung der relativen Preise. Empirisch ist diese schwierig zu messen und dürfte je nach Bereich unterschiedlich sein. So dürften die Produktivitätsfortschritte in der arbeitsintensiven Langzeitpflege gering sein, während im kapital- und technologieintensiveren Spitalsektor eher Produktivitätsfortschritte zu erwarten sind. Ein im Vergleich zur Gesamtwirtschaft geringeres Produktivitätswachstum erzeugt einen Kostendruck, wenn die Löhne im Gesundheitswesen längerfristig im Gleichschritt mit den Löhnen in der übrigen Wirtschaft wachsen. Bei einer relativ unelastischen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigen als Folge die Preise im Gesundheitswesen stärker als in der übrigen Volkswirtschaft. Dieser relative Preiseffekt wird in der Gesundheitsökonomik als Baumoleffekt bezeichnet (Baumol 1967). Diesem Effekt wird vorwiegend für die Langzeitpflege eine hohe Bedeutung beigemessen. Empirische Schätzungen für die Schweiz deuten darauf hin, dass dieser Effekt im Gesundheitswesen teilweise wirksam ist (vgl. Colombier 2018). Panelanalysen für die OECD-Länder (Hartwig und Sturm 2014; Colombier 2017, Hartwig 2008) und für die US-Bundesstaaten (Bates und Santerre 2013) unterstreichen die Bedeutung des Baumoleffekts für das Gesundheitsausgabenwachstum.

Nicht berücksichtigte Determinanten und Trends

Die These, dass nicht die Alterung selbst, sondern die Nähe zum Tod die Gesundheitskosten in die Höhe treibt, hat in der gesundheitsökonomischen Literatur erhebliche Beachtung gefunden ('Red-Herring'-These).⁴ Danach sind die Ausgaben pro Kopf für Personen, welche sich nahe dem Tod (Todesfälle) befinden, deutlich höher als für diejenigen, welche noch länger leben (Überlebende). Gemäss der «Red-Herring»-These überschätzen Ausgabenprojektionen ohne Unterscheidung zwischen Todesfällen und Überlebenden den Alterungseffekt.⁵

Allerdings werden in den entsprechenden empirischen Analysen sowohl die zeitliche als auch die makroökonomische Dimension vernachlässigt, was zu veränderten Schlussfolgerungen führt. Breyer et al. (2015) zeigen, dass die «Red-Herring»-Literatur die Effekte einer stetig steigenden Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben vernachlässigt. So werden mit zunehmender Lebenserwartung Eingriffe, z. B. Hüftoperationen, auch bei höherem Lebensalter lohnenswert. Breyer et al. (2015) können den Ausgabenanstieg aufgrund der Alterung durch diesen von ihnen

4 'Red Herring' kann aus dem Englischen als 'falsche Fährte' übersetzt werden. Die Gesundheitspolitik ist demnach mit dem Alterungseffekt auf eine falsche Fährte geführt worden, vgl. z. B. Zweifel et al. (1999).

5 Vgl. Stearns und Norton (2004), Polder et al. (2006) oder Breyer und Felder (2006).

als «Eubie-Blake» bezeichneten Effekt für einen Datensatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nachweisen. Colombier und Weber (2011) zeigen für Schweizer Daten zudem, dass die Ausgaben pro Todesfall im hohen Alter (ab ca. 90 Jahren) unter die Ausgaben pro Überlebende fallen.

Folglich ist a priori nicht klar, ob Todesfallkosten eine dämpfende oder verschärfende Wirkung auf die Gesamtausgaben haben. Gemäss den Demografieszenarien des BFS steigt mit zunehmender Lebenserwartung die Anzahl Hochbetagter stetig. Entsprechend fiel der Alterungseffekt in einer früheren Auflage der Ausgabenprojektionen mit Berücksichtigung von Todesfällen und Überlebenden kaum schwächer aus als ohne diese Unterscheidung (vgl. Colombier und Weber 2011). Van Baal und Wong (2012) kommen für die Niederlande zu einem ähnlichen Ergebnis und zeigen, dass die Projektionen nicht sehr sensitiv auf den Einbezug der Todesfallkosten reagieren.⁶ Angesichts des zusätzlichen Daten- und Modellierungsaufwands wird in den vorliegenden Projektionen von der Berücksichtigung der Todesfallkosten abgesehen.

Darüber hinaus spielen institutionelle und politische Rahmenbedingungen eine Rolle für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Eine Vielzahl von institutionellen Unterschieden ist Gegenstand der vergleichenden gesundheitsökonomischen Literatur. Prominente Beispiele sind hier Auswirkungen unterschiedlicher Versicherungs- und Finanzierungsregime, unterschiedliche Vergütungssysteme für Leistungserbringer oder die Rolle von Hausarztmodellen. Eindeutige (empirische) Schlussfolgerungen bezüglich ihrer Kostenwirkung sind jedoch oftmals nicht möglich (vgl. De la Maissonneuve et al., 2016).

Weiterhin bleiben Trends wie die stetige Abkehr von der Pflege älterer Personen in der Familie aufgrund der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, was mit einer zunehmenden Belastung der institutionellen Pflege (Pflegeheime und Spitex) einhergeht, oder medizinische Innovationen, welche eine Verschiebung zugunsten des ambulanten Gesundheitssektors bedeuten, wie mikroinvasive Operationen, unberücksichtigt. Die Unsicherheit über das Ausmass und die Dauer dieser Trends ist sehr hoch. So wird im Referenzszenario des BFS (A-00-2020) angenommen, dass die Erwerbstätigenquote der Frauen zwischen 2020 und 2050 ansteigt. Jedoch ist die Unsicherheit hoch, sodass hier von einer Aussage über einen anhaltenden klaren Trend von der Pflege älterer Personen in der Familie hin zur institutionellen Pflege abgesehen wird.

Trotz der vorliegenden kostenseitigen Betrachtung ist zu unterstreichen, dass ein funktionierendes Gesundheitssystem von grossem Nutzen für die Gesellschaft ist, indem es zum Erhalt und zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung beiträgt. Durch letzteres kann das Gesundheitswesen einen positiven Einfluss auf das Wirtschaftswachstum haben (Suhrcke et al. 2006). So kann ein guter Gesundheitszustand die Humankapitalbildung und damit das Produktivitätswachstum fördern. Ausserdem trägt ein gutes Gesundheitswesen zur besseren Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials bei, indem beispielsweise krankheitsbedingte Absenzen reduziert werden.

⁶ Für eine Diskussion vgl. Felder (2013); Breyer und Lorenz (2021).

2.2 Szenarien

Die Szenarien werden aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren getrennt nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege ab 65 Jahren berechnet. Die Projektionen sind durch erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der unterstellten wirtschaftlichen Entwicklung, bezüglich der Grösse der Kosteneffekte und der Modellierung nicht-demografischer Einflussfaktoren im Gesundheitswesen gekennzeichnet. Letzteres trifft in besonderem Mass auf den medizinisch-technischen Fortschritt zu. Daher werden folgende Szenarien für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege erstellt.

- **Referenzszenario:** Im Referenzszenario entwickelt sich die Bevölkerung bis 2050 gemäss dem mittleren Bevölkerungsszenario des BFS. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert sich mit zunehmender Lebenserwartung. Dies bedeutet, dass ein Jahrgang mit jedem gewonnenen Lebensjahr medizinisch betrachtet ein halbes Jahr jünger und entsprechend gesünder ist. Im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege nehmen mit wachsendem Einkommen die Ausgaben um das 1,1-fache zu (Einkommenselastizität: 1,1). Über diesen überproportionalen Einkommenseffekt werden zunehmende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitssystem, der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen erfasst. Die relative Teuerung im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege liegt um 50 % höher als die allgemeine Inflation. Die überdurchschnittliche Teuerung kann auf ineffizient hohe Tarife und den Baumoleffekt zurückgeführt werden (relativer Preiseffekt).⁷
- Im **Szenario Pure Ageing** wird abweichend unterstellt, dass die Bevölkerung die zusätzlichen Lebensjahre in einem schlechten Gesundheitszustand erlebt (Morbiditätsausweitung).
- Im **Szenario Healthy Ageing** verbringt die Bevölkerung die gewonnenen Lebensjahre in einem guten Zustand (relative Verringerung der Morbidität).
- **Szenario Relativer Preiseffekt:** Im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege wird ein Teuerungseffekt von 75 % anstatt 50 % angenommen, welcher sich aus dem Baumoleffekt und tariflichen Ineffizienzen ergibt. Der Produktivitätsfortschritt im Bereich GoL hinkt dem gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt also um 75 % hinterher.⁸
- **Kostendruckszenario:** In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass die nicht-demografischen Kostendeterminanten wie der medizinisch-technische Fortschritt, eine Zunahme der Ärztedichte verbunden mit den im Gesundheitssystem gegebenen ausgabensteigernden Anreizen oder steigende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen, ein deutlich stärkeres Ausgabenwachstum hervorrufen. Dies übersetzt sich darin, dass die Ausgaben in Folge des wachsenden Einkommens stärker ansteigen. In Anlehnung an das entsprechende Szenario der Europäischen Kommission wird die Annahme einer Einkommenselastizität von 1,4 getroffen (vgl. AWG 2021).

Für die Szenarien in der Langzeitpflege wurden analog zum Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege dieselben Annahmen bezüglich der Demografie und der Morbidität, das heisst der Pflegebedürftigkeit, getroffen. Im Bereich Langzeitpflege ab 65 Jahren ist der relative Preiseffekt jedoch besonders ausgeprägt. Deswegen wird dort grundsätzlich eine um 75 % höhere Teuerung als in

7 Bezüglich vorhandener Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitswesen wurde eine Studie von Brunner et al. (2019) präsentiert, welche das vorhandene Effizienzpotential auf 16–19 % der KVG-Leistungen schätzt.

8 Gemäss einer empirischen Analyse für die Schweiz lässt sich schliessen, dass die Baumolsche Kostenkrankheit, isoliert betrachtet, zu einem relativen Teuerungseffekt von maximal 50 % führen kann (vgl. Colombier 2018).

der Gesamtwirtschaft unterstellt. Diese Grössenordnung orientiert sich am Anteil der Personalkosten im Pflegeheimbereich (vgl. Credit Suisse, 2015). Eine Ausnahme bildet das Szenario Relativer Preiseffekt, in welchem sogar ein relativer Preiseffekt von 100 % unterstellt wird. Mit anderen Worten erfährt der Bereich Langzeitpflege in diesem Szenario keinen Produktivitätsfortschritt. Der Einkommenseffekt spielt hingegen in der Langzeitpflege keine Rolle, da die Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Einkommen eintritt. Entsprechend wird für die Langzeitpflege kein Kostendruckscenario konstruiert.

2.3 Projektionsmethodik

Annahmen zur Demografie und Wirtschaftsentwicklung

Zur Erfassung der Bevölkerungsentwicklung wird im Einklang mit den Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz (EFD 2021) das Referenzszenario des Bundesamts für Statistik (A-00-2020) für den Projektionszeitraum 2020–2050 herangezogen (vgl. Tabellenanhang A1). Mit dem gewählten Zeitraum können die Kosten der Alterung - insbesondere durch die «Baby-Boomer», welche in den kommenden Jahren in Pension gehen wird - erfasst werden. Aufgrund der zum Zeitpunkt der Berechnungen bestehenden Datenlage konnten im Gegensatz zu den makroökonomischen und finanzpolitischen Effekten der Corona-Pandemie ihre demografischen Auswirkungen nicht berücksichtigt werden. Langfristig dürften diese allerdings die Kostenentwicklung kaum beeinflussen (vgl. auch BFS, 2021b).

Das BFS geht von einem Anstieg der Bevölkerung in der Schweiz von 8,7 Millionen im Jahr 2020 auf knapp 10,4 Millionen im Jahr 2050 aus, was einer mittleren jährlichen Wachstumsrate von 0,6 % entspricht. Ursächlich dafür ist der positive Einwanderungssaldo. Im Referenzszenario des BFS wird im Jahr 2020 noch ein Migrationssaldo von 50'500 Personen unterstellt. Die Nettoimmigration steigt bis 2029 auf 55 000 Personen, bevor sie bis 2040 auf 35 000 Personen sinkt und bis 2050 konstant bleibt. Langfristig nimmt also die Zuwanderung ab, was gemäss den Demografieszenarien des BFS mit der rückläufigen Erwerbsbevölkerung in den europäischen Ländern infolge der tiefen Geburtenraten zusammenhängt. Das Bevölkerungswachstum schwächt sich im Verlauf des betrachteten Zeithorizonts entsprechend ab. Während in den Jahren bis 2035 mit einem kumulierten Bevölkerungsanstieg von 12,3 % gerechnet wird, wird von 2035 bis 2050 nur von einem Anstieg von 7 % ausgegangen. Insgesamt «altert» die Bevölkerung aufgrund der relativ niedrigen Geburtenrate und einer steigenden Lebenserwartung weiter. Im Ergebnis steigt der Altersquotient, d. h. das Verhältnis der ab 65-jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, von knapp 30,4 % im Jahr 2019 auf 46,5 % im Jahr 2050 (vgl. Tabellenanhang A1).

Für die Ausgabenprojektionen müssen Annahmen über die zukünftige Wirtschaftsentwicklung getroffen werden (vgl. Tabellenanhang A1). Dabei ist zwischen den kurzfristigen Prognosen, welche die makroökonomischen Wirkungen der Coronakrise abbilden sollen, und langfristigen Projektionen zu unterscheiden. Für die wirtschaftlichen Projektionen nach der Coronapandemie (ab 2024) werden keine konjunkturellen Schwankungen berücksichtigt, so dass es sich um Trendwerte, z. B. des BIP, handelt. Bis 2021 wird die tatsächliche Entwicklung des BIP inklusive coronabedingtem Einbruch in 2020 berücksichtigt. Für 2022 und 2023 fliessen die Prognose der Expertengruppe des Bundes und die vorläufigen Eckwerte des Finanzplans des Bundes 2024–2026 ein (Stand: März 2022). Gemäss diesen Prognosen wächst das reale BIP von 2019 bis 2026 im jährlichen Durch-

schnitt mit 1,6 % und die gesamtwirtschaftliche Produktivität mit 1,1 %. Die Wachstumsrate des BIP wird ab 2027 als Produkt aus dem angenommenen gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt (1,2 % p. a.) und der gemäss den unterstellten Bevölkerungsszenarien resultierenden Entwicklung der Erwerbsbevölkerung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgedrückt. Daraus ergibt sich zwischen 2027 und 2050 eine jährliche Wachstumsrate des realen BIP von 1,5 %.

Projektionen der Gesundheitsausgaben

Für die Projektionen wird angenommen, dass sich mit Ausnahme des Politikszenarios in Abschnitt 4 die politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gegenüber dem Status Quo nicht ändern («no-policy-change»). Da in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems verschiedene Kostentreiber bzw. gleiche Kostentreiber unterschiedlich wirken, werden für die Ausgabenprojektionen nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege (GoL) und Langzeitpflege der ab 65-Jährigen (LPF) aufgeteilt. Als Restkategorie verbleibt der Bereich der Langzeitpflege der unter 65-Jährigen. Basierend auf dieser Aufteilung werden in einem ersten Schritt die Gesamtausgaben des jeweiligen Bereichs projiziert. In einem zweiten Schritt werden die Anteile der öffentlichen Hand und der OKP an den Gesundheitsausgaben mit den so projizierten Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen fortgeschrieben.⁹

Die Gesundheitsausgaben werden der Statistik des BFS «Kosten und Leistungen des Gesundheitswesens» entnommen. Die zum Zeitpunkt der Erstellung der Projektionen zuletzt verfügbaren Daten sind aus dem Jahr 2019, so dass letzteres das Basisjahr für die Projektionen ist. Für die öffentliche Hand sind je nach Staatsebene Daten für die Gesundheitsausgaben bis 2021 verfügbar. Für den Bund und die Kantone liegen Daten der öffentlichen Finanzstatistik bis 2020 vor, für die Gemeinden bis 2019 (vgl. EFV 2021). Zudem werden auf der Bundesebene Daten für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) und die Pandemieausgaben aus der Rechnung 2021 verwendet.

Die grafische Darstellung der Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Abhängigkeit des Alters für ein bestimmtes Jahr wird als Ausgabenprofil bezeichnet. Beispielhaft wird in Grafik 2 das Ausgabenprofil für die ambulante Behandlung in der GoL von Frauen für das Basisjahr und für das Jahr 2050 im Healthy-Ageing-Szenario dargestellt. Um die Gesundheitsausgaben für die Bereiche GoL und LPF fortzuschreiben, werden die Ausgabenprofile weiter nach Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden. Letztere Unterscheidung wird für die Projektionen der öffentlichen Gesundheitsausgaben benötigt. Werden die Pro-Kopf-Ausgaben für die Alterskohorten solcher Ausgabenprofile für das Basisjahr mit der projizierten Entwicklung der Bevölkerung in den jeweiligen Alterskohorten multipliziert, lässt sich der Effekt der Veränderung von Altersstruktur und Bevölkerungsgrosse auf die Gesundheitsausgaben ablesen.

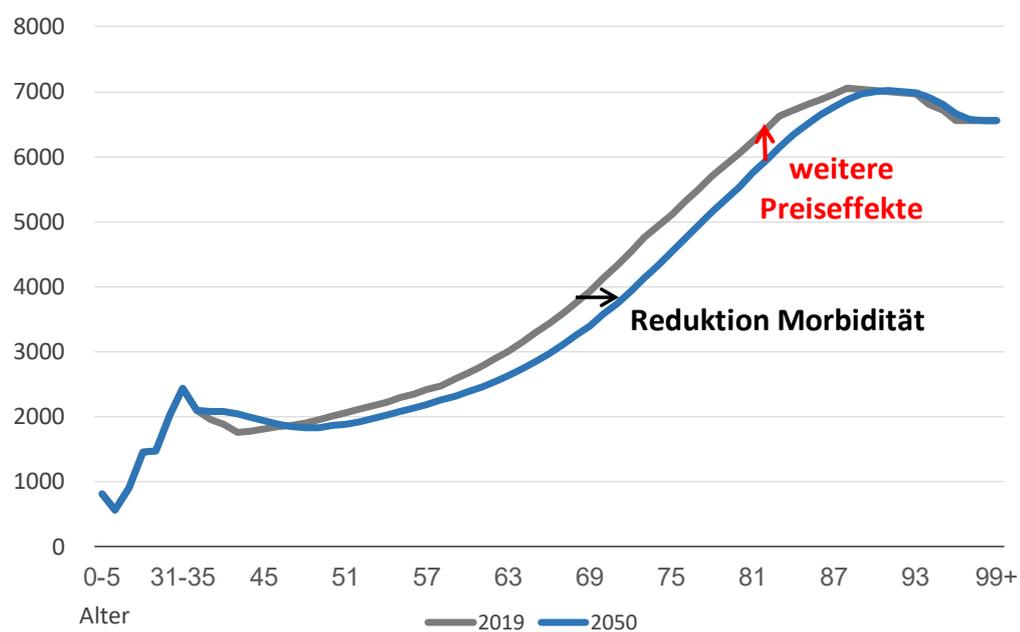
Die Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung können quasi als ein Preis für ein gegebenes Versorgungsniveau der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen angesehen werden. Die Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung lassen sich aufspalten in den Preis für die Leistungen pro PatientIn und den Leistungsumfang (z. B. Therapien, Medikamente) pro Kopf der Bevölkerung.¹⁰ Damit wird unterstellt, dass

⁹ Für eine ausführliche Beschreibung der Projektionsmethodik, vgl. Colombier (2012). Die technische Darstellung der Projektionsmethodik kann im Anhang nachgelesen werden.

¹⁰ Die Ausgaben pro Kopf nach Alterskohorten lassen sich in einen Preis- und Mengeneffekt pro behandelte PatientIn und der Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, zerlegen: Ausgaben pro Leistung («Preis») x Inanspruchnahme pro PatientIn x PatientInnen pro Kopf einer Alterskohorte, wobei das Produkt aus Inanspruchnahme pro PatientIn und PatientInnen pro Kopf einer Alterskohorte den Leistungsumfang pro Kopf einer Alterskohorte ergibt.

der demografische Wandel weder die Kostenseite noch den Leistungsumfang pro EinwohnerIn beeinflusst. Folglich wird mit dem Kosteneffekt des demografischen Wandels ausgedrückt, wie eine Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung und der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz die Gesamtnachfrage nach Gesundheitsleistungen verändert. Die Ausgaben für die Langzeitpflege der unter 65-Jährigen werden aus Vereinfachungsgründen mit dem BIP fortgeschrieben.

Grafik 2: Ausgabenprofil Frauen nach Alter im Basisjahr und 2050 im Healthy-ageing Szenario (in CHF)



Der Ausgangspunkt für die Projektionen sind die nach Alter, Geschlecht sowie ambulanten und stationären Leistungen unterteilten Ausgabenprofile. Das BFS schlüsselt diese Profile nach 5-Jahres-Alterskohorten auf. Gemäss einiger epidemiologischer Theorien steht die in den Demografieszenarien unterstellte Zunahme der Lebenserwartung in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung des Gesundheitszustands bzw. der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung (Morbidität). Um Veränderungen der Morbidität in den Projektionen adäquat erfassen zu können, müssen die Gesundheitsausgaben jedoch annualisiert werden. Zudem müsste für die Analyse der Wirkungen der Morbidität die Wahrscheinlichkeit jedes Jahrgangs, zu erkranken bzw. pflegebedürftig zu werden, bekannt sein. Allerdings stehen für diese Krankheitshäufigkeiten nur unvollständige Informationen zur Verfügung, so dass die Veränderung der Ausgaben pro EinwohnerIn als Annäherung für die Veränderung der Morbidität verwendet wird. Für die Fortschreibung der LPF-Ausgaben verwenden die EU und die OECD im Gegensatz zur vorliegenden Studie Pflegebedürftigkeitsquoten.

Verbessert sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung über den Projektionszeitraum, so sinken die Ausgaben pro Kopf einer Alterskohorte und das Ausgabenprofil verschiebt sich nach rechts (vgl. Grafik 2). Dabei wird unterstellt, dass die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken bzw. pflegebedürftig zu werden, sinkt. Zugleich bedeutet dies, dass eine Veränderung der Morbidität weder die Ausgaben für eine medizinische bzw. Pflegeleistung noch die Inanspruchnahme pro PatientIn

beeinflusst. Da die Wahrscheinlichkeit zu erkranken bzw. pflegebedürftig zu werden sinkt, reduziert sich jedoch der Leistungsumfang pro Kopf einer Alterskohorte. Der Kostendruck durch nicht-demografische Kostentreiber wie dem medizinisch-technischen Fortschritt äussert sich in steigenden Ausgaben pro Kopf einer Alterskohorte. Da ein gleichmässiger Effekt der nicht-demografischen Kostentreiber auf alle Alterskohorten angenommen wird, verschiebt sich entsprechend das Ausgabenprofil nach oben.¹¹ Diese Ausgabenzunahme wird entweder durch steigende Ausgaben pro Leistung oder durch eine zunehmende Inanspruchnahme pro PatientIn oder beidem hervorgerufen und erhöht den Preis für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Qualitätsänderungen der Leistungserbringung bleiben bei dieser Betrachtung unberücksichtigt.¹²

Für den Bereich GoL wird die Annualisierung der Ausgabenprofile erst ab dem 41. Lebensjahr durchgeführt. Dies weil die Pro-Kopf-Ausgaben des Basisjahres 2019 bis zum 40. Lebensjahr relativ gering sind, einen vergleichsweise schwachen Anstieg aufweisen, und die Morbidität insbesondere im Alter ein Problem darstellt. Für die Annualisierung wird unterstellt, dass die durchschnittlichen Ausgaben einer 5-Jahres-Alterskohorte jeweils den Ausgaben für den mittleren Jahrgang dieser Alterskohorte entsprechen. Für das Alter ab 96 wird angenommen, dass die Ausgaben pro Kopf konstant bleiben. Aufgrund grosser Unterschiede in der Lebenserwartung der verschiedenen Jahrgänge und zwischen Frauen und Männern ist für die Ermittlung der Morbiditätseffekte nicht die Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung der gesamten Bevölkerung, sondern die Veränderung der Lebenserwartung, unterschieden nach Alter und Geschlecht, herangezogen worden.

Aufteilung der Gesundheitsausgaben im Basisjahr

Die Gesundheitsausgaben setzen sich im Basisjahr 2019 zu 80 % aus dem Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege (GoL), zu 15 % aus der Langzeitpflege ab 65 Jahren (LPF) und zu 5 % aus der Langzeitpflege unter 65 Jahren zusammen (vgl. Anhang Tabelle A2).

Der Bereich GoL umfasst die Ausgaben für die ambulante Behandlung (in Arztpraxen und Krankenhäusern, Physio-, Psychotherapie, Arzneimittel, therapeutische Apparate, unterstützende Dienstleistungen wie Laborleistungen) (53 % der GoL-Ausgaben), stationäre Behandlung in Krankenhäusern (Spitäler, psychiatrische Kliniken, Arzneimittel und therapeutische Apparate, unterstützende Dienstleistungen wie Transport und Rettung) (32 % der GoL-Ausgaben), Verwaltung, Prävention und Zahnbehandlung. Die Ausgaben für Verwaltung und Prävention (8 % der GoL-Ausgaben) werden mit dem BIP fortgeschrieben, da diese nicht denselben Kostentreibern wie die anderen Bereiche des Gesundheitswesens ausgesetzt sind. Der Einfachheit halber wird mit den Ausgaben für die Zahnbehandlung (7 % der GoL-Ausgaben), welche für die Ausgaben der öffentlichen Hand und der OKP vernachlässigbar sind, analog verfahren.

¹¹ Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass das Ausgabenprofil mit der Zeit steiler wird und damit die Alterskohorten unterschiedlich stark vom Kostendruck der nicht-demografischen Kostentreiber wie dem medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sind (z. B. Gregersen 2014). Dies kann z. B. implizieren, dass Forschungsanstrengungen zur Entwicklung neuer Medikamente insbesondere auf Medikamente für ältere Alterskohorten ausgerichtet sind, da die Älteren überproportional von schweren Erkrankungen wie Krebs oder Herz-Kreislauferkrankungen betroffen sind.

¹² Im Fall einer Preissteigerung durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist nicht klar, in welchem Umfang das Versorgungsniveau durch Qualitätsverbesserungen steigt. Mögliche Qualitätsverbesserungen müssten dem Preiseffekt gegengerechnet werden, um die effektive Preissteigerung messen zu können. Dies ist schon für die vergangene Entwicklung der Gesundheitsausgaben sehr herausfordernd und geht über den hier gewählten methodischen Ansatz hinaus.

Unter dem Bereich Langzeitpflege firmieren die Ausgaben für stationäre Leistungen in den Pflegeheimen und ambulante Leistungen der spitalexternen Pflege (Spitex). Zu beachten ist, dass der Bereich Langzeitpflege nach dem Alter, für Personen ab 65 Jahren und unter 65 Jahren, aufgeteilt wird. Im Fokus steht die Langzeitpflege ab 65 Jahren. In diesem Bereich entfallen im Basisjahr 2019 81 % der Ausgaben für die Leistungen in Pflegeheimen und 19 % für Spitex-Leistungen.

Die Ausgaben für die pandemiebedingten Leistungen werden dem Bereich GoL zugeordnet, da es sich entweder um Präventionsmassnahmen, z. B. Corona-Tests, -Impfungen oder/ und um Akutbehandlungen inklusive Pflege, z. B. im Spital, handelt.

2.4 Gesundheitsausgaben in den Jahren der Coronapandemie

Zur Abschätzung der Kostenentwicklung im Jahr 2020 wird aufgrund der Datenverfügbarkeit die OKP-Statistik herangezogen. Für das Jahr 2021 dient das Monitoring der Krankenversicherungskostenentwicklung (MOKKE) als Grundlage. Diese Statistik wird mit einer geringen zeitlichen Verzögerung publiziert und erlaubt daher für den vorliegenden Bericht eine Abschätzung der Kostenentwicklung für das Jahr 2021. Die MOKKE legt ein überdurchschnittliches Kostenwachstum der OKP nahe. Dieses Kostenwachstum wird für weitere von der Demografie abhängige Gesundheitsausgaben wie beispielsweise die kantonalen Beiträge an die Spitäler in den Projektionen übernommen. Ausgenommen davon sind die pandemiebedingten Bundesausgaben für die Gesundheit. Diese pandemiebedingten Bundesausgaben für die Gesundheit fliessen in die vorliegenden Ausgabenprojektionen, wie in Tabelle 1 für die Jahre 2020 bis 2022 dargestellt, ein. Es handelt sich dabei primär um Ausgaben für Schutzmittel (inkl. Impfstoffe) und Tests.

Die zur Verfügung stehenden Erkenntnisse deuten nicht darauf hin, dass für das Jahr 2022 mit wesentlichen Mehr- oder Minderausgaben zu rechnen ist.¹³ Deshalb werden mit Ausnahme der pandemiebedingten Gesundheitsausgaben des Bundes die demografieabhängigen Ausgaben im Bereich Gesundheit ab dem Jahr 2022 mit dem demografischen Wandel und den weiteren, für das Gesundheitswesen zentralen Kostentreibern bis zum Jahr 2050, fortgeschrieben.¹⁴

Tabelle 1: Covid-19 Gesundheitsausgaben des Bundes (in Mio. CHF)

	Getätigte Ausgaben 2020	Getätigte Ausgaben 2021	Bewilligte Mittel 2022
Gesundheit	856	2026	2304
Beschaffung Sanitätsmaterial, z. B. Masken, Impfstoffe, etc.	618	666	550
Kostenübernahme für Covid-Tests	194	1190	1615
Arzneimittel, Mehraufwand BAG, Gesundheitsschutz	45	170	139

Quelle: EFV

¹³ Vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft (2021).

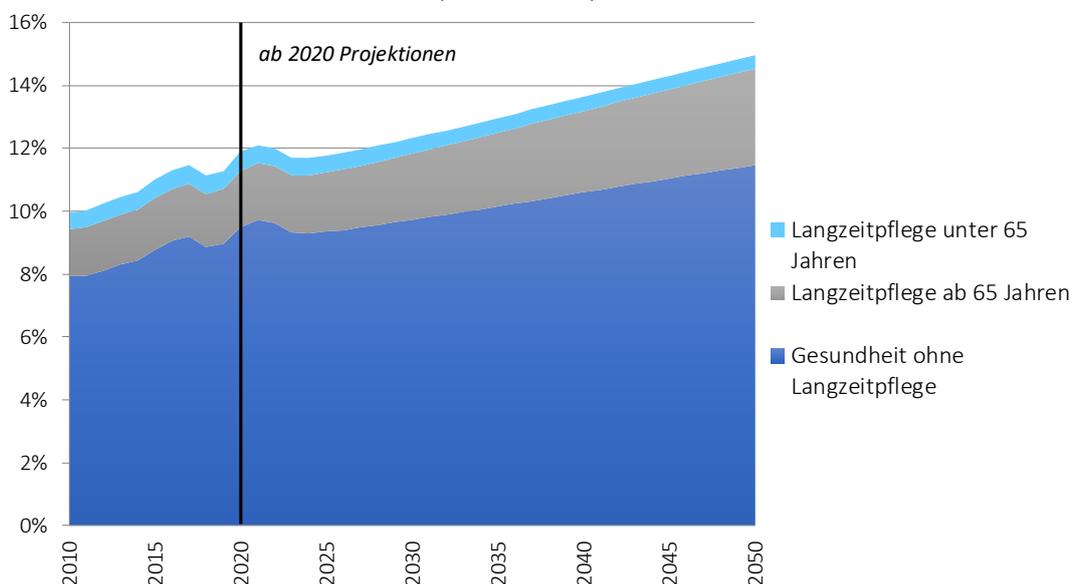
¹⁴ Aufgrund der behördlich angeordneten Verschiebung nicht dringender Behandlungen im Frühjahr 2020 wurde für den Spitalsektor von Ertragsausfällen berichtet (PWC, 2021). In diesem Zusammenhang wurde auch von möglichen Nachholeffekten in der zweiten Hälfte 2020 oder in 2021 gesprochen. Die erwähnten Berichte finden dafür jedoch keine klaren Hinweise. Mögliche Nachholeffekte sind jedoch auch später denkbar.

3 Projektionen der Gesundheitsausgaben

3.1 Gesamtausgaben für die Gesundheit

Wie in Grafik 3 dargestellt sind die Gesundheitsausgaben in den Jahren von 2010 bis 2019 von 10 % auf 11,3 % des BIP gestiegen. Aufgrund der Corona-Pandemie steigen die Gesundheitsausgaben vorübergehend bis 2021 auf 12,1 % des BIP, bevor sie 2023 auf ein Niveau von 11,7 % fallen. Über den gesamten Zeitraum bis 2050 nehmen die Gesundheitsausgaben von 11,3 % auf 15 % des BIP zu. Gegenüber der vergangenen Dekade wird von einer Beschleunigung des Ausgabenwachstums ausgegangen. Das jährliche Durchschnittswachstum beträgt 3,4 % statt 3,1 %.¹⁵ Dank eines im Vergleich zur letzten Dekade deutlich höheren Wachstums des nominalen BIP (2,5 % vs. 1,5 %) wird der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen abgeschwächt. Die Beschleunigung des Ausgabenwachstums lässt sich durch die rascher voranschreitende Alterung der Bevölkerung erklären. So steigt der Altersquotient, das Verhältnis der Anzahl über 65-jähriger Personen zur Anzahl Personen im erwerbsfähigen Alter, durch die Verrentung der «Baby-Boomer»-Generationen zwischen 2019 und 2035 besonders stark von 30 % auf 42 % (vgl. EFD 2021). Im Vergleich dazu betrug in den vergangenen 15 Jahren die Zunahme des Altersquotienten nur knapp die Hälfte. Hinzu kommt, dass sich der Anteil der ab 80-jährigen Personen an der Bevölkerung im Projektionszeitraum mehr als verdoppeln wird und damit von 5 % auf 11 % steigt.

Grafik 3: Gesundheitsausgaben nach Bereichen von 2010 bis 2019 und im Referenzszenario (in % des BIP)



Quelle: BAG, EFV, SECO

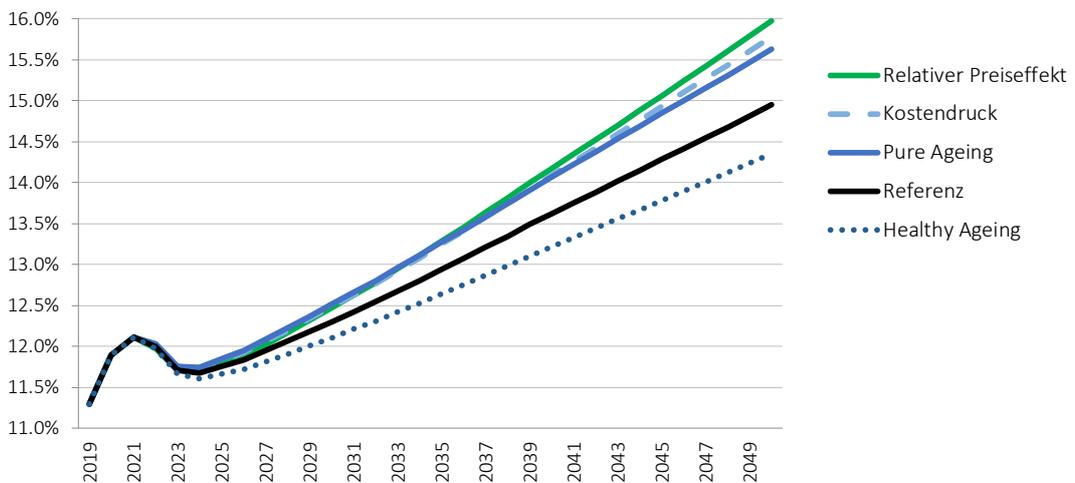
Die GoL-Ausgaben steigen pandemiebedingt deutlich von 9,0 % im Jahr 2019 auf einen Höchstwert von 9,7 % des BIP im Jahr 2021. Das Ausgabeniveau sinkt im Jahr 2023 auf 9,3 % des BIP, da ab diesem Zeitpunkt durch die Pandemie annahmegemäss nur noch Folgekosten entstehen («Long Covid»). Die LPF-Ausgaben werden nicht direkt durch die Pandemie tangiert. Lediglich aufgrund des Einbruchs des nominalen BIP im Jahr 2020 ist ein leicht beschleunigter Anstieg der LPF-Ausgaben im Verhältnis zum BIP von 1,7 % im Jahr 2019 auf 1,8 % zu beobachten.

¹⁵ Der Begriff «Ausgaben» bezieht sich in diesem Papier auf die «nominellen Ausgaben». Andernfalls wird der Begriffe genauer spezifiziert.

Die langfristigen Auswirkungen der Alterung treffen beide Bereiche, allerdings in einem sehr unterschiedlichen Ausmass. Während der demografische Wandel im Referenzszenario einen Beitrag von 36 % zum durchschnittlichen Jahreswachstum der realen GoL-Ausgaben beiträgt, ist der Wachstumsbeitrag des demografischen Wandels im Bereich LPF mit 77 % mehr als doppelt so hoch (vgl. Abschnitt 3.2, Grafik 7 und 9). Dies schlägt sich in der Wachstumsrate der Ausgaben der beiden Bereiche nieder, die im jährlichen Durchschnitt mit 3,4 % im Bereich GoL gegenüber 4,4 % im Bereich LPF deutlich geringer ausfällt. Aufgrund der weniger ausgeprägten Alterung zwischen 2010 und 2019 sind die Wachstumsraten der Ausgaben in beiden Bereichen mit 3,0 % in der GoL und 3,5 % in der LPF deutlich tiefer als im Referenzszenario. So steigen gemäss Referenzszenario die GoL-Ausgaben von 2019 bis 2050 von 9,0 % auf 11,5 % des BIP, was einem Anstieg von knapp 30 % gleichkommt. Die LPF-Ausgaben steigen im Verhältnis zum BIP fast um das Doppelte, von 1,7 % auf 3,1 %. Dies entspricht einer Zunahme um fast 80 % (vgl. Tabellenanhang A2 für eine detaillierte Ergebnisdarstellung).

Um die Unsicherheit bezüglich der Auswirkungen der verschiedenen Faktoren der Gesundheitsausgaben darzustellen, sind Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen über den Wirkungsgrad der Faktoren für die Bereiche GoL und LPF gebildet worden. Die Analyse zeigt, dass die Gesundheitsausgaben am stärksten auf die Veränderung der Annahmen über die Wirkung der nicht-demografischen Kostentreiber reagieren (Szenarien Relativer Preiseffekt und Kostendruck) (vgl. Grafik 4). Eine sich gegenüber dem Referenzszenario beschleunigende relative Preisentwicklung im Gesundheitswesen, welche mit der Baumolschen Kostenkrankheit und tariflichen Ineffizienzen erklärt werden kann, wirkt sich am deutlichsten auf die Ausgabenentwicklung aus. Die Ausgaben liegen entsprechend im Szenario Relativer Preiseffekt für das Jahr 2050 bei 16 % des BIP und damit etwas mehr als 1 % Prozentpunkt über dem Niveau des Referenzszenarios, welches 15 % des BIP beträgt.

Grafik 4: Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen in verschiedenen Szenarien (in % des BIP)



Quelle: EFV

Ein ähnlicher Effekt resultiert, wenn statt einer Einkommenselastizität von 1,1 wie im Referenzszenario, eine deutlich höhere Elastizität von 1,4 wie im Szenario Kostendruck angenommen wird. Diese Annahme kann etwa mit einem grösseren Ausmass von Ineffizienzen, z. B. durch die angebotsinduzierte Nachfrage oder die Zulassung neuer Medikamente oder Therapien mit einem ungünstigen Kosten-Nutzenverhältnis begründet werden. Die Annahme kann auch mit schneller wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem als im Referenzszenario begründet werden. Die Differenz des Kostendruckszenarios zum Referenzszenario beträgt +0,8 % des BIP im Jahr 2050.

Etwas schwächer ist die Ausgabendifferenz zum Referenzszenario, +0,7 % des BIP, wenn die Bevölkerung nicht wie im Referenzszenario unterstellt mit steigender Lebenserwartung gesünder wird (Szenario Pure Ageing). Spiegelbildlich kann der Ausgabenanstieg gegenüber dem Referenzszenario gebremst werden, wenn wie im Szenario Healthy Ageing angenommen sich der Gesundheitszustand mit steigender Lebenserwartung stärker als im Referenzszenario verbessert (-0,6 % des BIP).

Die dennoch vergleichsweise hohe Ausgabensensitivität bezüglich der Morbiditätsentwicklung lässt sich durch den sich sehr dynamisch entwickelnden Bereich der LPF und damit durch die Alterung erklären. So nimmt gemäss Referenzszenario der Anteil der LPF für ab 65-Jährige an den gesamten Gesundheitsausgaben von 15 % im Jahr 2019 auf 21 % im Jahr 2050 zu, während der Anteil der GoL von 80 % auf 76% sinkt. Die restlichen Ausgaben werden für die Langzeitpflege unter 65 Jahren eingesetzt.

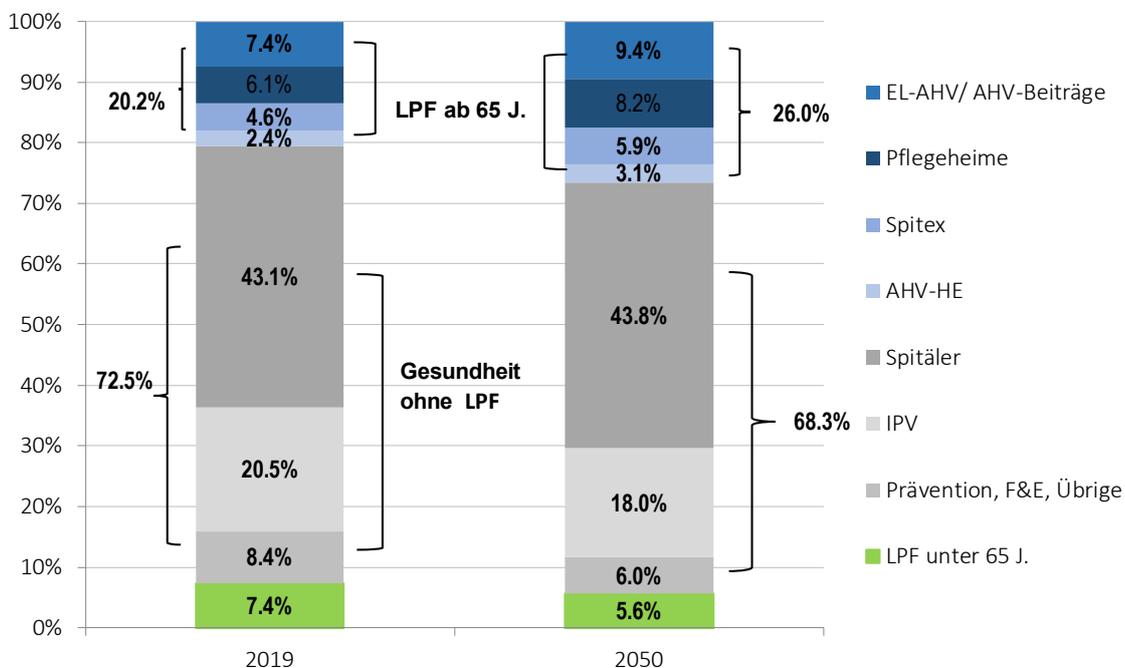
3.2 Öffentliche Gesundheitsausgaben

Zu den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit werden alle Beiträge des Bundes, der Kantone und Gemeinden sowie der Sozialversicherungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens gezählt. Für die drei Staatsebenen werden dazu diejenigen Ausgaben berücksichtigt, welche in der Finanzstatistik unter der Funktion «Gesundheit» firmieren (EFV 2021). Hinzu kommen staatliche Transfers an private Haushalte, welche zur Finanzierung von Leistungen des Gesundheitswesens ausgerichtet werden, wie die individuelle Prämienverbilligung (IPV) oder die kantonalen Ergänzungsleistungen zur AHV (EL-AHV). Bei den Sozialversicherungen werden diejenigen Bereiche berücksichtigt, welche gemäss volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung zum Sektor Staat zählen und Beiträge vom Staat beziehen. Damit schränkt sich der Kreis im Wesentlichen auf die AHV und IV ein.¹⁶

Genauso wie die Gesamtausgaben werden die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege ab 65 Jahren unterteilt. Da die Ausgaben der IV die Finanzierung der Langzeitpflege unter 65 Jahren betreffen, werden die Beiträge der IV an die Gesundheit mit der für die IV projizierten Ausgabenentwicklung fortgeschrieben. Andere Beiträge der öffentlichen Hand an die Gesundheit, wie für Prävention oder Verwaltung, werden mit dem BIP fortgeschrieben.

¹⁶ Im Gegensatz zur Begrifflichkeit des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (insbesondere Art. 1 KVG) zählt die OKP gemäss volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung nicht zu den Sozialversicherungen. Daher wird die OKP in diesem Bericht nicht unter die Sozialversicherungen subsumiert.

Grafik 5: Aufteilung der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Funktionen 2019 und 2050 im Referenzszenario (in %)



Quelle: EFV

Wie aus Grafik 5 ersichtlich, wendet die öffentliche Hand den grössten Anteil der Gesundheitsausgaben für die Spitäler (43 %) auf, gefolgt von der IPV (21 %) und übrigen Ausgaben wie Prävention (8 %), den EL-AHV für die Pflege (7 %), den Pflegeheimen (6 %) und der Spitex (5 %). Auffällig ist, dass die öffentliche Hand gemäss dem Referenzszenario im Jahr 2050 einen weitaus grösseren Teil ihrer Ausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren aufwenden muss als im Basisjahr. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegeausgaben stärker von der Alterung betroffen sind als GoL-Ausgaben (vgl. Grafik 7 und 9). Die Staatsausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren wachsen teuerungsbereinigt im jährlichen Mittel mit 3,6 % stärker als im Bereich GoL mit 2,5 %. Statt derzeit 20 %, wird der Anteil für die Pflegeausgaben gemäss dem Referenzszenario im Jahr 2050 26 % betragen. Entsprechend tiefer liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege im Jahr 2050. Der Anteil sinkt von 73 % auf 68 %. Die Ausgaben der IV für das Gesundheitswesen reduzieren sich von 7 % auf 6 %.

Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Staatsebenen im Referenzszenario 2019, 2035, 2050 (BIP-%)

	2019	2035		2050	
	Quote	Quote	Differenz 2019–35	Quote	Differenz 2019–50
Gesamte Gesundheit	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
Staat (inkl. Sozialwerke)*	3,8	4,4	+0,62	5,1	+1,32
Bund	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Kantone	2,5	3,1	+0,58	3,7	+1,11
Gemeinden	0,4	0,5	+0,08	0,6	+0,17
Sozialversicherungen*	0,4	0,4	-0,03	0,4	-0,01
AHV-HE/ AHV-Beiträge**	0,1	0,1	+0,03	0,2	+0,07
IV-HE/ IV-Beiträge**	0,3	0,2	-0,06	0,2	-0,08

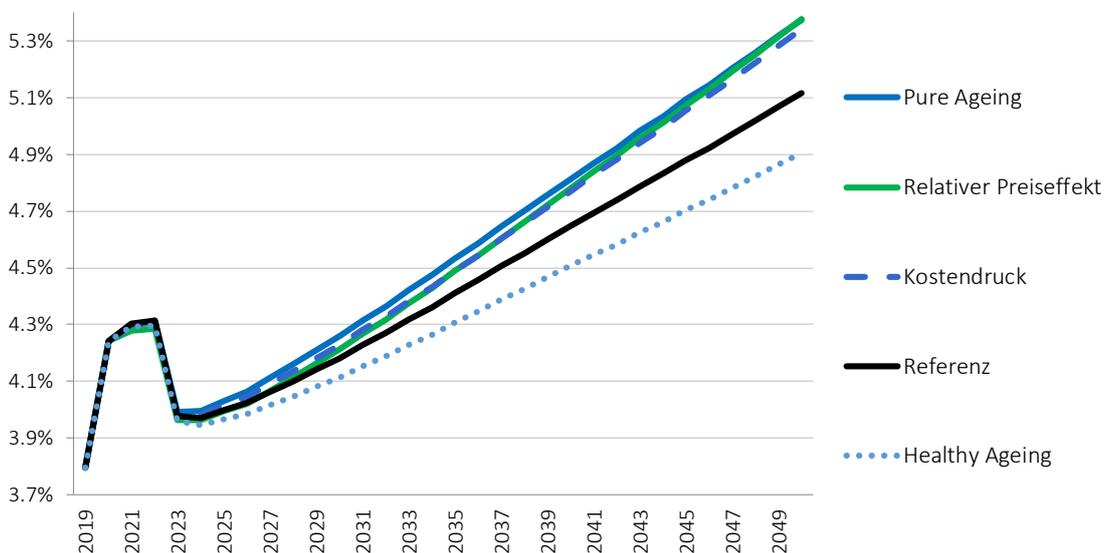
* Zu den Sozialversicherungen zählen die AHV-HE, die AHV-Beiträge, die IV-HE und die IV-Beiträge.

** Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate.

Die Staatsausgaben inklusive Sozialwerke nehmen im Referenzszenario von 2019 bis 2050 im Verhältnis zum BIP von 3,8 % auf 5,1 % zu (vgl. Tabelle 2). Sie wachsen damit um 35 % schneller als das BIP. Der grösste Teil dieser Zusatzlast entfällt auf die Kantone, welche im Basisjahr 67 % der staatlichen Gesundheitsausgaben finanzieren. Für die Kantonsfinanzen sind insbesondere die Ausgaben für Spitäler (Anteil 2019: 58 %), die IPV (11 %) und die Ergänzungsleistungen der AHV für die Pflege (10 %) von Bedeutung. Der jeweilige Anteil der Ausgaben für Spitex- und Pflegeheimausgaben ist mit jeweils rund 4 % deutlich geringer.

Die restliche Zusatzlast des Ausgabenanstiegs wird zu zwei Dritteln von den Gemeinden und zu einem Drittel vom Bund getragen. Die Ausgaben der Gemeinden im Verhältnis zum BIP steigen mit 50 % relativ deutlich, was auf die LPF zurückzuführen ist. Die Bundesausgaben steigen aufgrund der IPV geringfügig an. Die gesundheitsbezogenen Ausgaben der Sozialversicherungen bleiben stabil. Darin spiegeln sich strukturelle Verschiebungen aufgrund der Alterung. So nimmt der Anteil IV-RentnerInnen (Personen unter 65 Jahren) an der Gesamtbevölkerung ab, während der entsprechende Bevölkerungsanteil der AHV-RentnerInnen (Personen ab 65 Jahren) zunimmt (vgl. EFD 2021).

Grafik 6: Öffentliche Gesundheitsausgaben in verschiedenen Szenarien
(in Prozent des BIP)



Quelle: EFV

Anhand von Grafik 6 wird deutlich, dass in den Jahren von 2020 bis 2022 die staatlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP durch die Pandemie dominiert werden. Einerseits ist dies mit der Zunahme der Bundesausgaben aufgrund der Pandemie, vor allem für Schutzmittel (inkl. Impfungen) und Tests, andererseits mit dem wirtschaftlichen Verlauf in der Pandemie zu erklären. So steigen die Ausgaben zwischen 2019 und 2022 in allen Szenarien von 3,8 % auf 4,3 % des BIP, bevor sie im Jahr 2023 auf 4,0 % des BIP zurückgehen. Folglich hat die Corona-Krise keine Auswirkungen auf die langfristige Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Im Jahr 2023 werden die strukturellen Kostentreiber relevanter. Auffällig ist, dass die pessimistischen Szenarien, d.h. relativer Preiseffekt, Pure Ageing und Kostendruck, im Jahr 2050 relativ nahe zusammenliegen. Wird für die GoL ein relativer Preiseffekt von 75 % anstelle von 50 % unterstellt und in der Langzeitpflege ab 65 Jahren ein relativer Preiseffekt von 100 % statt 75 %, nehmen die Ausgaben um mehr als ein Viertel (+0,3 % des BIP) stärker zu als im Referenzszenario (Szenario relativer Preiseffekt). Genauso stark ist der Effekt, wenn davon ausgegangen wird, dass die Bevölkerung in der Zukunft zwar älter ist als gegenwärtig, aber weder gesünder, noch weniger pflegebedürftig ist (Szenario Pure Ageing). Im Szenario Kostendruck, welches von einer Einkommenselastizität von 1,4 gegenüber 1,1 im Referenzszenario ausgeht, nehmen die Ausgaben gegenüber dem Referenzszenario um 0,2 % des BIP zu.¹⁷ Erlebt die Bevölkerung hingegen die zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit und ist in diesen Jahren nicht pflegebedürftig (Szenario Healthy Ageing), liegt die Ausgabenzunahme um 0,2 % des BIP tiefer als im Referenzszenario.

¹⁷ Die zusätzliche Zunahme der Ausgaben gegenüber dem Referenzszenario im Szenario Kostendruck fällt ausschliesslich im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege an. Für die Langzeitpflege ab 65 Jahren wird für diese beiden Szenarien jeweils das Referenzszenario zugrunde gelegt, was eine Einkommenselastizität von 0 impliziert.

Insgesamt spielt der demografische Wandel für die öffentlichen Gesundheitsausgaben eine grössere Rolle als für die gesamten Gesundheitsausgaben. Grund dafür ist, dass im Basisjahr der Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren mit 19 % höher als im gesamten Gesundheitswesen mit 15 % ist. Neben der Alterung beeinflussen die nicht-demografischen Kostentreiber die staatlichen Ausgaben massgeblich, da die öffentliche Hand gemäss Basisjahr allein 43 % ihrer Ausgaben für die Spitäler aufwendet.

3.2.1 Öffentliche Ausgaben für Gesundheit ohne Langzeitpflege

Zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege werden die unter der Funktion «Gesundheit» in der öffentlichen Finanzstatistik aufgeführten Ausgabenpositionen mit Ausnahme der Positionen «Kranken-, Alters- und Pflegeheime» und «Ambulante Krankenpflege» gezählt (EFV 2021). Zudem werden die Ausgaben für die IPV, welche in der Finanzstatistik unter der Funktion «Soziale Sicherheit» firmieren, berücksichtigt. Dies weil die Ausgaben für die IPV stark durch die Gesundheitsausgaben beeinflusst werden. Der Einfachheit halber werden die Ausgaben für die IPV unter die staatlichen Gesundheitsausgaben subsumiert. Dieser Abgrenzung entsprechend umfassen die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand also die drei Positionen Spitäler, Ausgaben für die IPV und die restlichen Gesundheitsausgaben wie Prävention, Verwaltung sowie Forschung und Entwicklung.

Die Kantone finanzieren gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG gemeinsam mit der OKP die Fallpauschalen für stationäre Spitalleistungen (DRG). Gesetzlich ist ein kantonaler Mindestanteil von 55 % vorgeschrieben (Art. 49a Abs. 2^{ter} KVG). Die öffentlichen Ausgaben für die Spitäler werden daher an die Entwicklung der stationären Spitalleistungen geknüpft.¹⁸ Die restlichen Gesundheitsausgaben werden proportional zum nominalen BIP fortgeschrieben. Die Entwicklung der Ausgaben der IPV ist von der Ausgabendynamik der OKP abhängig. Für die IPV wird die Aufteilung des Basisjahres zwischen Bund und Kantonen aus Vereinfachungsgründen fortgeschrieben. Demnach finanzieren der Bund 59 % und die Kantone 41 % der IPV.

Tabelle 3: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege nach Staatsebenen und Funktionen im Referenzszenario (in BIP-%)

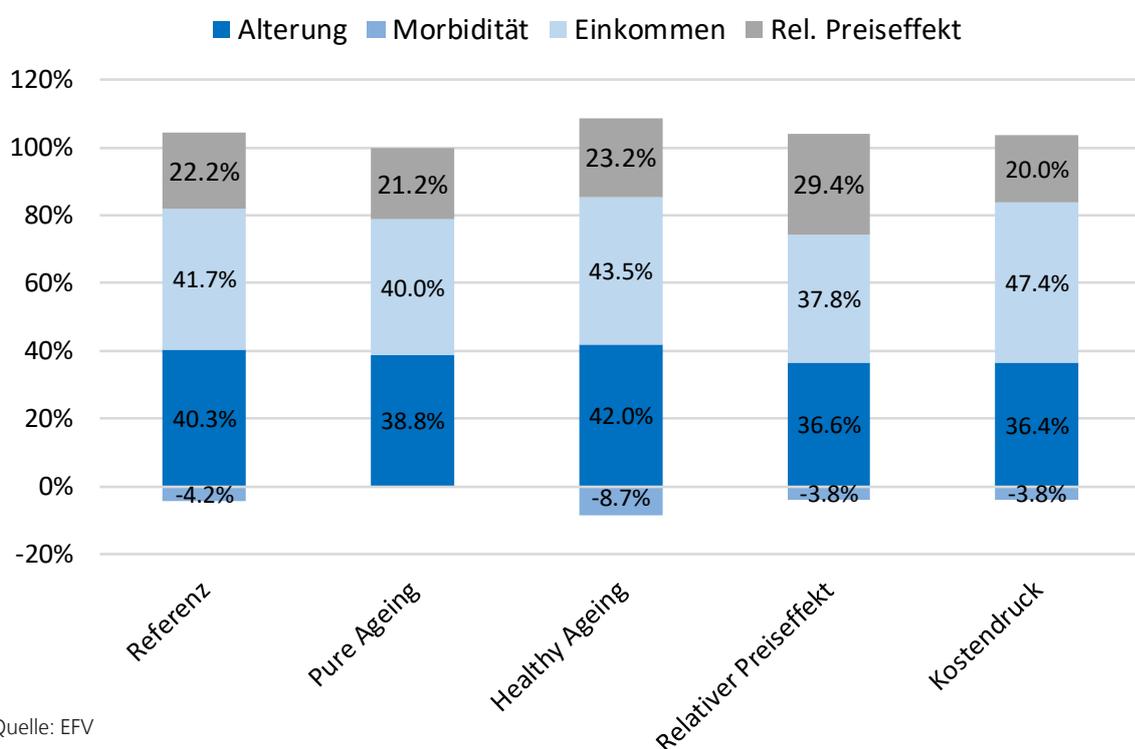
	2019 Quote	2035 Quote	Differenz 2019–35	2050 Quote	Differenz 2019–50
Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
Staat	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
Bund	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Kantone	1,9	2,3	+0,39	2,7	+0,73
Gemeinden	0,1	0,1	+0,01	0,1	+0,01
Funktionen					
Spital	1,5	1,8	+0,34	2,1	+0,63
IPV	0,7	0,8	+0,05	0,9	+0,16

¹⁸ Ein Teil der kantonalen Spitalausgaben wird für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) verwendet, welche regionalpolitischen Zwecken und Forschung und universitärer Lehre dienen. Dieser Teil unterliegt möglicherweise anderen Kostendeterminanten. Dies wird allerdings in den vorliegenden Projektionen nicht weiter berücksichtigt.

Die öffentlichen Ausgaben für die GoL nehmen von 2019 bis 2050 im Referenzszenario von 2,5 % auf 3,3 % des BIP zu. Der Anstieg der öffentlichen GoL-Ausgaben trifft überwiegend die Kantone, welche eine Zusatzlast von 0,7 % des BIP zu tragen haben. Diese Zusatzlast setzt sich aus einer Zunahme der Spitalausgaben von 0,6 % des BIP und der kantonalen IPV-Ausgaben von 0,1 % des BIP zusammen. Mit einer Zunahme seiner IPV-Ausgaben von 0,1 % des BIP ist der Bund gering betroffen. Kaum spürbar sind hingegen die Zusatzlasten für die Gemeinden (+0,01 % des BIP), da ihre Ausgaben für Spitäler im Basisjahr lediglich 0,03 % des BIP betragen. Die Aufteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt, dass drei Viertel des Anstiegs auf die stationären Spitalleistungen zurückzuführen sind und ein Viertel auf die IPV (vgl. Tabelle 3).

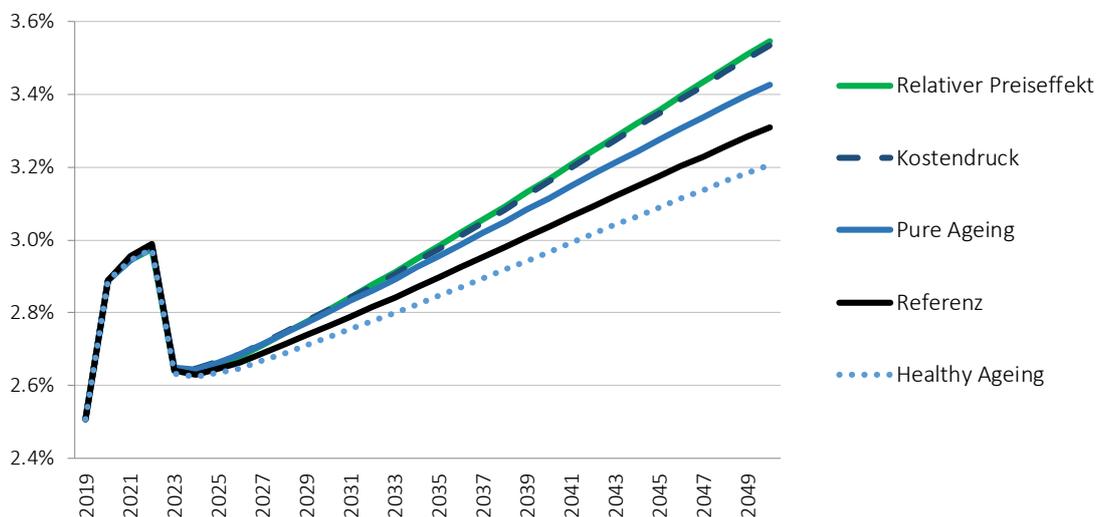
Rund 64 % dieses Ausgabenanstiegs sind mit nicht-demografischen Kostentreibern wie dem medizinisch-technischen Fortschritt, die mit zunehmenden Einkommen steigenden Bedürfnisse der Bevölkerung nach medizinischen Leistungen, dem Baumoleffekt und Ineffizienzen zu erklären (vgl. Grafik 7). Der restliche Wachstumsbeitrag von ungefähr 36 % ist auf den demografischen Wandel (Alterung plus Morbidität) zurückzuführen.

Grafik 7: Beiträge der Kostentreiber zum Anstieg der Gesundheitsausgaben
(ohne Langzeitpflege) 2019–2050 (in %, zu Preisen von 2019)



Quelle: EFV

Grafik 8: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in verschiedenen Szenarien (in Prozent des BIP)



Quelle: EFV

Die rasche Zunahme der öffentlichen GoL-Ausgaben zwischen 2019 und 2022 ist auf die Corona-Krise zurückzuführen (vgl. Grafik 8). So steigen unabhängig vom unterstellten Szenario die Ausgaben im Verhältnis zum BIP von 2,5 % auf 3,0 %. Diese Entwicklung ist massgeblich durch die pandemiebedingte Erhöhung der Bundesausgaben beeinflusst. Ab 2023 normalisiert sich die Lage und die Ausgaben sinken auf 2,6 % des BIP.

Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass die nicht-demografischen Kostentreiber einen stärkeren Einfluss ausüben als die demografischen Faktoren. Wird angenommen, dass entweder der relative Preiseffekt oder der nicht-demografische Kostendruck stärker ausgeprägt ist als im Referenzszenario, steigen die Ausgaben im Szenario Relativer Preiseffekt und im Szenario Kostendruck jeweils um 1,0 % des BIP anstatt von 0,8 % des BIP im Referenzszenario. Im Szenario Pure Ageing nehmen die Ausgaben mit 0,9 % des BIP zu. Entwickeln sich der Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit jedoch mit zunehmender Lebenserwartung günstiger als im Referenzszenario (Szenario Healthy Ageing), wird das Ausgabenwachstum von 0,8 % auf 0,7 % des BIP gebremst.

3.2.2 Öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege ab 65 Jahren

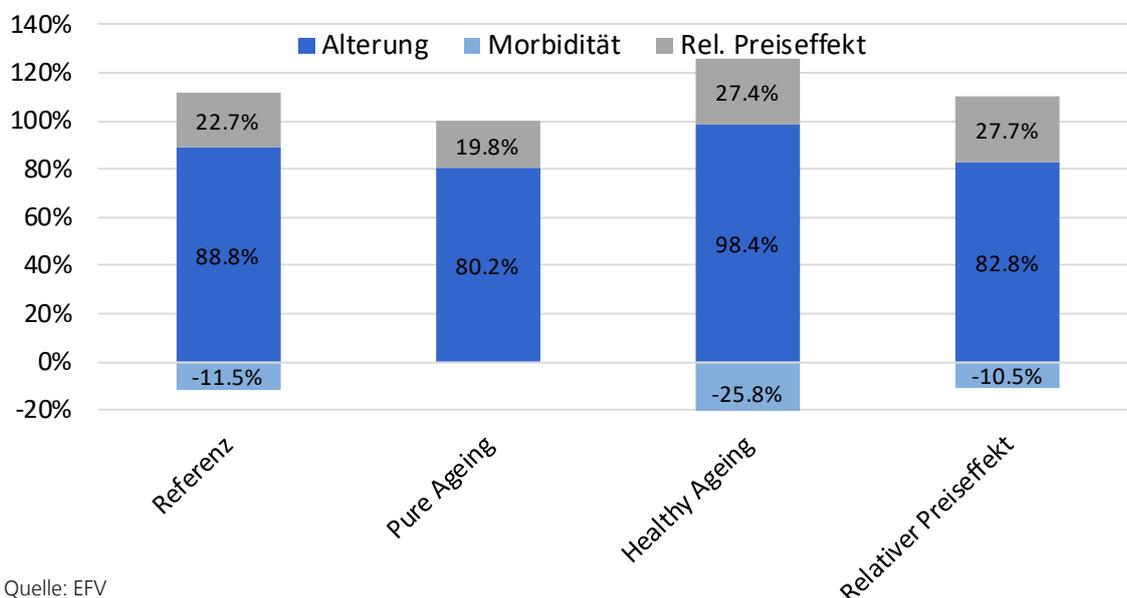
Die öffentlichen Ausgaben gemäss Finanzstatistik im Bereich Langzeitpflege ab 65 Jahren umfassen denjenigen Teil der Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Kranken-, Alters- und Pflegeheime sowie für die ambulante Krankenpflege (Spitex), welcher für die Pflege der ab 65-Jährigen aufgewendet wird (EFV 2021). Dabei wird unterstellt, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die ab 65-Jährigen dem entsprechenden Anteil an den gesamten Pflegeausgaben entspricht. Den hier zugrunde gelegten Schätzungen zufolge liegt der Anteil der Langzeitpflegeausgaben für 65-Jährige und älter an den gesamten Ausgaben für die Langzeitpflege bei 75 %. Zu den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege gehören im Weiteren die kantonalen Ergänzungsleistungen zur AHV (EL-AHV) für die Pflege, welche in der Finanzstatistik zur Funktion «Soziale Sicherheit» zählen, und die Hilflosenentschädigung der AHV (AHV-HE).

Tabelle 4: Ausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren nach Staatsebenen und Funktionen im Referenzszenario (BIP-%)

	2019	2035		2050	
	Quote	Quote	Differenz 2019–35	Quote	Differenz 2019–50
Langzeitpflege ab 65 Jahren	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
Staat	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
Kantone	0,4	0,6	+0,18	0,8	+0,36
Gemeinden	0,2	0,3	+0,07	0,4	+0,15
AHV-HE	0,1	0,1	+0,03	0,1	+0,06
Funktion*					
Pflegeheime	0,2	0,3	+0,09	0,4	+0,19
Spitex	0,2	0,2	+0,07	0,3	+0,13
EL AHV	0,3	0,3	+0,09	0,5	+0,20

* Zur Vereinfachung wird die Funktion AHV-HE weggelassen, da diese Ausgabenrubrik bereits bei der Aufteilung nach Staatsebenen erscheint.

Die öffentlichen LPF-Ausgaben verdoppeln sich fast über den Projektionszeitraum im Referenzszenario und steigen von 0,7 % auf 1,3 % des BIP (vgl. Tabelle 4). Diese dynamische Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass die Alterung in der LPF der entscheidende Kostentreiber ist und 89 % der Zunahme der teuerungsbereinigten LPF-Ausgaben zu Preisen des Basisjahres erklärt (vgl. Grafik 9). Kostendämpfend wirkt allerdings, dass die Menschen mit zunehmender Lebenserwartung im Durchschnitt weniger pflegebedürftig sind. Unter Einbezug dieses Effekts erklärt der demografische Wandel (Alterung plus Morbidität) noch 77 % des Ausgabenanstiegs. Der restliche Teil der teuerungsbedingten Ausgabenzunahmen ist auf die Baumolsche Kostenkrankheit in der Pflege (relativer Preiseffekt) zurückzuführen.

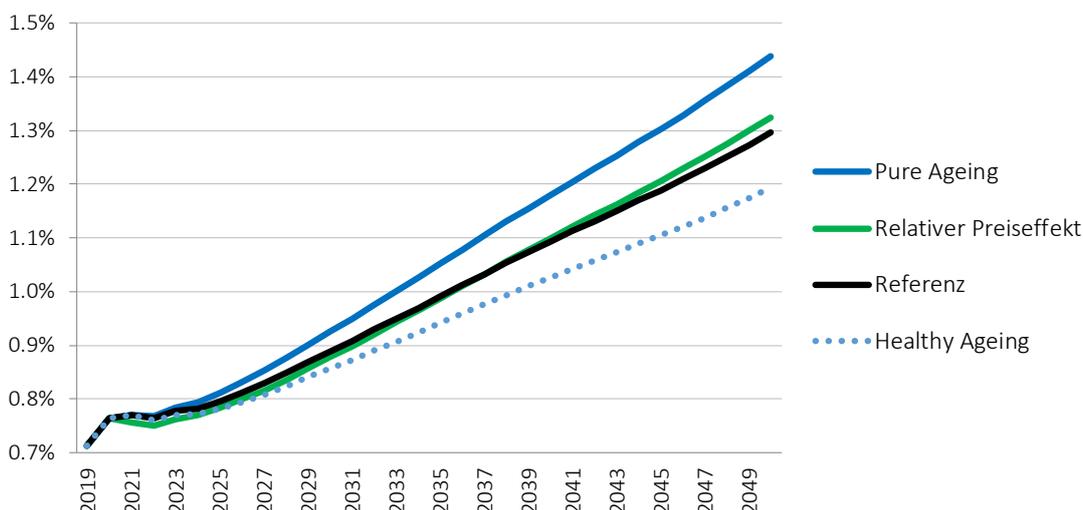
Grafik 9: Beiträge der Kostentreiber zum Ausgabenanstieg in der Langzeitpflege (ab 65 Jahren) 2019–2050 (in %, zu Preisen von 2019)

Quelle: EFV

Der Ausgabenanstieg im Referenzszenario von 0,6 % des BIP wird zu knapp zwei Drittel durch die Kantone finanziert, ein Viertel durch die Gemeinden und ein Zehntel durch die AHV-HE. Die Ausgabenzunahme für die Pflegeheime und die kantonalen EL AHV für die Pflege belasten die öffentlichen Haushalte mit einer Zunahme von jeweils 0,2 % des BIP.

Wie in Abschnitt 2.4 ausgeführt, sind die LPF-Ausgaben durch die Corona-Krise nicht direkt betroffen. Dennoch steigen die LPF-Ausgaben im Verhältnis zum BIP zwischen 2019 und 2020 zunächst an, da das nominale BIP durch die Corona-Krise um 3,1 % einbricht. Bis 2022 stabilisieren sich die Ausgaben dank hoher Wachstumsraten des nominalen BIP von 5,1 % im Jahr 2021 und 4,6 % im Jahr 2022.

Grafik 10: Öffentliche Gesundheitsausgaben für die Langzeitpflege in verschiedenen Szenarien (in Prozent des BIP)



Quelle: EFV

Die Sensitivitätsanalyse in Grafik 10 verdeutlicht die Bedeutung des demografischen Wandels für die Entwicklung der LPF-Ausgaben. Wird angenommen, dass die Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung unverändert bleibt (Szenario Pure Ageing), steigen die Ausgaben über den Projektionszeitraum mit 0,7 % des BIP am deutlichsten und damit um 0,1 % des BIP stärker als im Referenzszenario. Wird eine optimistischere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung unterstellt, schwächt sich der Kostenanstieg um 0,1 % des BIP ab. Das Szenario Relativer Preiseffekt führt zu einem kaum spürbaren Ausgabenanstieg von +0,03 % des BIP im Vergleich zum Referenzszenario. Dies ist auf den relativ geringen Wachstumsbeitrag des relativen Preiseffekts zurückzuführen (vgl. Grafik 9).

3.3 Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Für die Projektionen werden auch die Ausgaben der OKP in die Bereiche Gesundheit ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege ab 65 Jahren und nach ambulanten und stationären Leistungen unterteilt. Die Aufschlüsselung der Ausgaben für das Basisjahr ist der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2019» (BFS 2021) entnommen. Um Doppelzählungen mit den Staatsausgaben zu vermeiden, werden die Ausgaben

der OKP nach Abzug der IPV-Ausgaben präsentiert. Zudem wird die Kostenbeteiligung der privaten Haushalte (Franchise, Selbstbehalt) abgezogen.

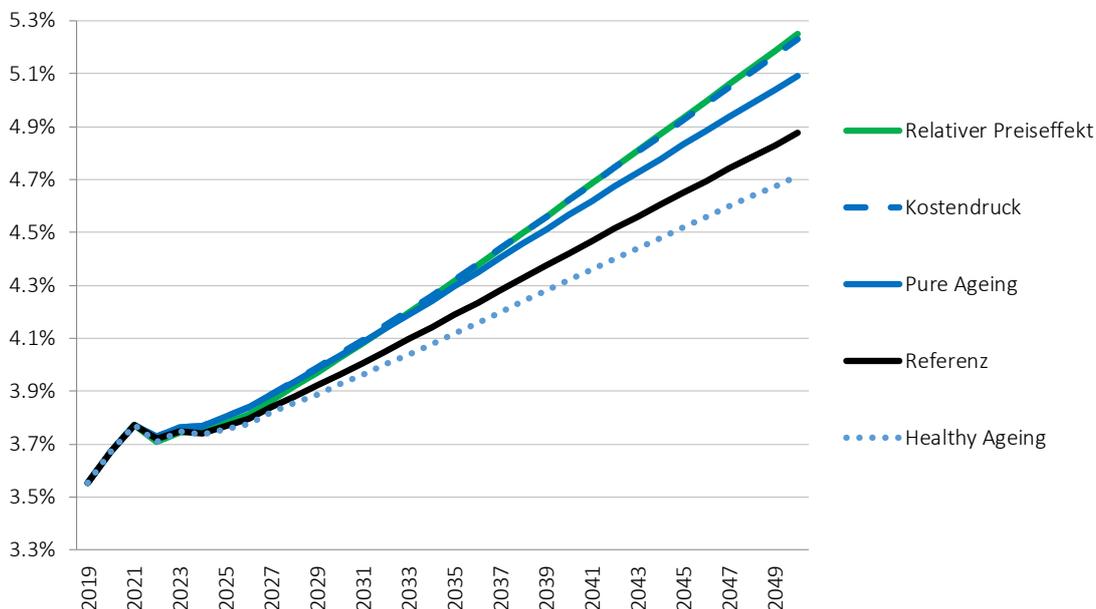
Die Ausgaben der OKP werden mit der projizierten Ausgabendynamik für die Gesundheit ohne Langzeitpflege und die Langzeitpflege ab 65 Jahren fortgeschrieben. Entsprechend schlagen sich die unterschiedlichen Ausgabenentwicklungen in der Gesundheit ohne Langzeitpflege und der Langzeitpflege ab 65 Jahren in den Projektionen für die OKP nieder.

Tabelle 5: OKP- vs. Gesamt- und Staatsausgaben im Gesundheitswesen (BIP-Prozent)

	2019 Quote	2035 Quote	Differenz 2019–35	2050 Quote	Differenz 2019–50
Gesamte Gesundheit	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
Staat (inkl. Sozialversicherungen)	3,8	4,4	+0,62	5,1	+1,32
OKP	3,6	4,2	+0,63	4,9	+1,32
Gesundheit ohne Langzeitpflege	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
Staat (inkl. Sozialversicherungen)	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
OKP	3,0	3,4	+0,49	4,0	+1,01
Langzeitpflege ab 65 Jahren	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
Staat (inkl. Sozialversicherungen)	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
OKP	0,4	0,5	+0,14	0,7	+0,30

Im Verhältnis zum BIP liegen die Ausgaben der OKP und der öffentlichen Haushalte mit 3,6 % und 3,8 % im Basisjahr fast gleichauf. Auch ihre im Referenzszenario projizierte Entwicklung ist mit einem Ausgabenanstieg von 1,3 % des BIP bis 2050 identisch. Bei der Aufteilung dieser Zusatzlasten auf die Bereiche GoL und LPF ist abzulesen, dass die entstehende Zusatzlast hauptsächlich von der GoL herrührt, +1,0 % des BIP. Der GoL-Bereich macht im Basisjahr 83 % der OKP-Ausgaben aus, während der GoL-Anteil der öffentlichen Ausgaben mit 66 % deutlich tiefer liegt. Hingegen entspricht der Anteil der LPF-Ausgaben in der OKP 11 % im Basisjahr, bei den öffentlichen Ausgaben sind es hingegen 19 %. Da der Bereich GoL eine spürbar grössere Rolle für die OKP spielt als die LPF, ist die Alterung von geringerer und die nicht-demografischen Kostendeterminanten sind gleichzeitig von höherer Bedeutung als für die öffentliche Hand.

Der Verlauf der OKP-Ausgaben (abzüglich Kostenbeteiligung private Haushalte und der IPV) ist zwischen 2019 und 2021 stark durch die Corona-Krise geprägt. So steigen die OKP-Ausgaben von 3,6 % auf 3,8 % des BIP. Verantwortlich dafür ist einerseits der BIP-Verlauf (Einbruch 2020, schnelle Erholung 2021). Andererseits wurden 2020 aufgrund der Pandemie elektive medizinische Leistungen und Arztbesuche verschoben, so dass die OKP-Ausgaben gegenüber 2019 praktisch stagnierten (+0,1 % des BIP). Im Jahr 2021 normalisiert sich die Situation, was sich in einem hohen Wachstum der OKP-Ausgaben gegenüber 2020 widerspiegelt. Die Zickzackbewegung der Ausgaben von 2022 bis 2024 lässt sich mit der unterstellten gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung erklären, die über den Baumoleffekt auf die Ausgaben durchschlägt.

Grafik 11: OKP-Ausgaben in verschiedenen Szenarien (BIP-%)

Quelle: EFV

Die Sensitivitätsanalyse in Grafik 11 zeigt, dass der stärkste Effekt von den nicht-demografischen Kostendeterminanten ausgeht. So liegen die OKP-Ausgaben in den Szenarien Relativer Preiseffekt und Kostendruck mit 5,3 % und 5,2 % des BIP im Jahr 2050 deutlich über dem Wert des Referenzszenarios mit 4,9 % des BIP. In beiden Szenarien wird unterstellt, dass die nicht-demografischen Kostentreiber wie der Baumoleffekt, der medizinisch-technische Fortschritt oder Ineffizienzen sich stärker als im Referenzszenario auf die Ausgaben auswirken. Etwas weniger stark fällt der Effekt im Szenario Pure Ageing aus. In diesem Fall steigen die Ausgaben bis 2050 auf 5,1 % des BIP. Im Szenario Healthy Ageing wird das Kostenwachstum gegenüber dem Referenzszenario gebremst und die Ausgaben steigen bis 2050 auf 4,7 % des BIP.

3.4 Schlussfolgerungen zu den Ausgabenprojektionen

Die Ausgabenprojektionen weisen darauf hin, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichermaßen von der Alterung und nicht-demografischen Kostentreibern wie der Baumolschen Kostenkrankheit, Ineffizienzen und dem medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sind. Eine Aufteilung der öffentlichen Ausgaben nach Bereichen zeigt, dass die nicht-demografischen Kostentreiber stärker die GoL-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und die IPV beeinflussen und die Alterung einen grösseren Effekt auf die LPF ausübt. Die OKP-Ausgaben sind wie die staatlichen GoL-Ausgaben stärker von den nicht-demografischen Kostentreibern als von der Alterung betroffen.

Die OKP-Ausgaben und die staatlichen GoL-Ausgaben für die Spitäler und die IPV werden durch das KVG bestimmt. Damit handelt es sich um KVG-Leistungen. Wichtige Stellschrauben für die Dämpfung des Wachstums dieser Ausgaben bestehen z. B. darin, das bestehende Effizienzpotenzial der KVG-pflichtigen Leistungen besser auszuschöpfen, verstärkt Kosten-Nutzen-Überlegungen für die Zulassung von medizinischen Innovationen zu berücksichtigen und den relativen Preiseffekt zu bremsen.

Verschiedene Reformpakete des Bundesrats zielen auf die Dämpfung des Kostenwachstums in der OKP. Diese Reformen würden zugleich die kantonalen Finanzen über die Ko-Finanzierung der Fallpauschalen der Spitäler sowie Kantone und Bund über die IPV-Ausgaben entlasten.¹⁹ Bereits vom Parlament beschlossene Massnahmen, die helfen können Ineffizienzen im Gesundheitswesen abzubauen, sind die Förderung von Pauschaltarifen für ambulante Leistungen und die Einführung eines Experimentierartikels ins KVG, der es den Kantonen erlaubt, Massnahmen auszuprobieren, welche Effizienz und Qualität sowie die Digitalisierung im OKP-Bereich fördern. Somit könnten sich Best-Practice Beispiele besser als bisher durchsetzen. Die vom Bundesrat zudem eingebrachten Massnahmen wie die Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner und die Stärkung der koordinierten Versorgung können dazu beitragen, organisatorische Ineffizienzen abzubauen. Schliesslich setzt die vom Bundesrat vorgeschlagene Vorgabe von Kostenzielen zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen Anreize für ein stärkeres Kostenbewusstsein, mehr Transparenz und eine verbesserte Koordination der Gesundheitsakteure und kann damit die Effizienz im Gesundheitswesen steigern (vgl. Abschnitt 4).

Neben den effizienzfördernden Massnahmen können Präventionsmassnahmen wie die Förderung gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung massgeblich zur Vermeidung chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Krebs und Erkrankungen des Bewegungsapparats beitragen. Diese Massnahmen haben das Potenzial, eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung zu erreichen. Dies würde sich dämpfend auf die Ausgabendynamik sowohl in der Langzeitpflege (ab 65 Jahren) als auch in der GoL auswirken.

In der Langzeitpflege (ab 65 Jahren) würde aufgrund der weitaus geringeren Kosten der Spitex eine Stärkung der ambulanten gegenüber der stationären Pflege, verknüpft mit Massnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, zur Kostendämpfung beitragen.²⁰ Damit würden zudem grosse Effizienzgewinne einhergehen, da gemäss Angaben des Bundesamts für Gesundheit gegenwärtig rund 30% aller Pflegeheime überbelegt sind. Angesichts einer Vielzahl von Finanzierungsträgern in der Langzeitpflege (ab 65 Jahren) (OKP, Kantone, Ergänzungsleistungen zur AHV, AHV-Hilflosenentschädigung, private Haushalte) könnte ausserdem eine Bündelung der Finanzierung eine bessere Kostensteuerung und klarere Verantwortlichkeiten in der Langzeitpflege ermöglichen.²¹

Schliesslich ist angesichts hoher Drop-Out-Raten, insbesondere im Pflegebereich, eines wachsenden Bedarfs an Gesundheitspersonal und langer Ausbildungszeiten eine vorausschauende Personalplanung notwendig. Dies würde mittelfristigen Personalengpässen und damit den Risiken einer Unterversorgung und stark steigenden Lohnkosten entgegenwirken (vgl. Obsan 2022).

¹⁹ Vgl. BAG (2022).

²⁰ Vgl. Ricka et al. (2020); Obsan (2022).

²¹ Ein Schritt in diese Richtung ist der Einbezug der Pflegeleistungen in das Reformhaben Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären medizinischen Behandlungen (vgl. Bundesrat 2020). In einem früheren Postulatsbericht sind darüber hinaus weitere Reformoptionen für die Pflegefinanzierung, u.a. die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung, diskutiert worden (vgl. Bundesrat 2016).

3.5 Vergleich mit anderen Studien

Zuerst wird ein kurzer Vergleich zu der letzten Auflage der Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen aus dem Jahr 2017 gezogen. Anschliessend wird ein Vergleich zu den Arbeiten der OECD und der Europäischen Union angestellt.

Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen 2017

Der Vergleich mit den Resultaten der dritten Ausgabenprojektionen im Rahmen der Entwicklungsszenarien 2017 zeigt, dass der demografische Druck auf die Gesundheitsausgaben anhält.²² Auch die Aufspaltung nach Finanzierungsträgern zeichnet ein sehr ähnliches Bild. Im gegenwärtigen Referenzszenario wird wie bisher für den Bereich GoL eine Einkommenselastizität von 1,1 unterstellt. Indessen wird neu ein relativer Preiseffekt im Referenzszenario unterstellt, um die Baumol'sche Kostenkrankheit und bestehende Ineffizienzen abzubilden. Das resultierende Bild und die Dynamik sind ähnlich. In den vorliegenden Projektionen steigen die gesamten Gesundheitsausgaben im Referenzszenario um 3,7 % des BIP – von 11,3 % im Basisjahr 2019 auf 15 % (2050). Für einen vergleichbaren Projektionszeitraum von 32 Jahren ergibt sich im Referenzszenario der letzten Ausgabenprojektionen ein leicht niedriger Anstieg von 10,8 % (2013) auf 14% (2045), was mit den unterschiedlichen Annahmen über den relativen Preiseffekt im Referenzszenario im Bereich GoL erklärt werden kann.

Ausgabenprojektionen der OECD

Die von De la Maisonnette und Oliviera Martins (2014) präsentierten Projektionen der Gesundheitsausgaben für die OECD Mitgliedsländer wurden von Lorenzoni et al. (2019) methodisch überarbeitet. Lorenzoni et al. (2019) stellen Ausgabenprojektionen für den Betrachtungszeitraum bis 2030 dar. Die Autoren wählen damit einen deutlich kürzeren Projektionszeitraum und entsprechend ein anderes Basisjahr als in den vorliegenden Projektionen für die Schweiz. Die OECD verwendet zwecks einer möglichst grossen Vergleichbarkeit die Bevölkerungsszenarien der Vereinten Nationen (UN World Population Prospect, 2017). Die Projektionen der OECD wurden zudem vor der Coronakrise erstellt, was die Vergleichbarkeit einschränkt. In Abweichung zu den vorliegenden Projektionen werden die Ausgaben der OKP, die in der Schweiz von privaten Versicherern angeboten wird, zur besseren internationalen Vergleichbarkeit den öffentlichen Gesundheitsausgaben zugeordnet.

Für die gesamten Gesundheitsausgaben projizieren Lorenzoni et al. (2019) einen Anstieg von 11,9 % in 2015 auf 14,5 % des BIP im Jahr 2030 für die Schweiz. Die vorliegenden Projektionen projizieren bis 2030 jedoch nur einen Anstieg von 11,3 % im Basisjahr 2019 auf 12,3 % des BIP im Jahr 2030. Für die öffentlichen Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen (Staat und OKP, GoL und LPF) fallen die Projektionen der OECD ebenfalls höher aus als in den vorliegenden Projektionen für die Schweiz. Gemäss OECD ergibt sich ein öffentlicher Ausgabenanstieg von 7,7 % (2015) auf knapp 10 % des BIP für das Jahr 2030 im Grundszenario. Die vorliegenden Projektionen zeichnen jedoch nur einen Anstieg von 7,4 % im Jahr 2019 auf 8,2 % des BIP im Jahr 2030 für den Bereich Staat und OKP.

²² Die Entwicklungsszenarien 2017 wurden als Teil des Legislaturfinanzplans 2017-2019 verfasst (vgl. Bundesrat 2017). Für eine detaillierte Darstellung, vgl. Brändle und Colombier (2017) und Colombier und Brändle (2018).

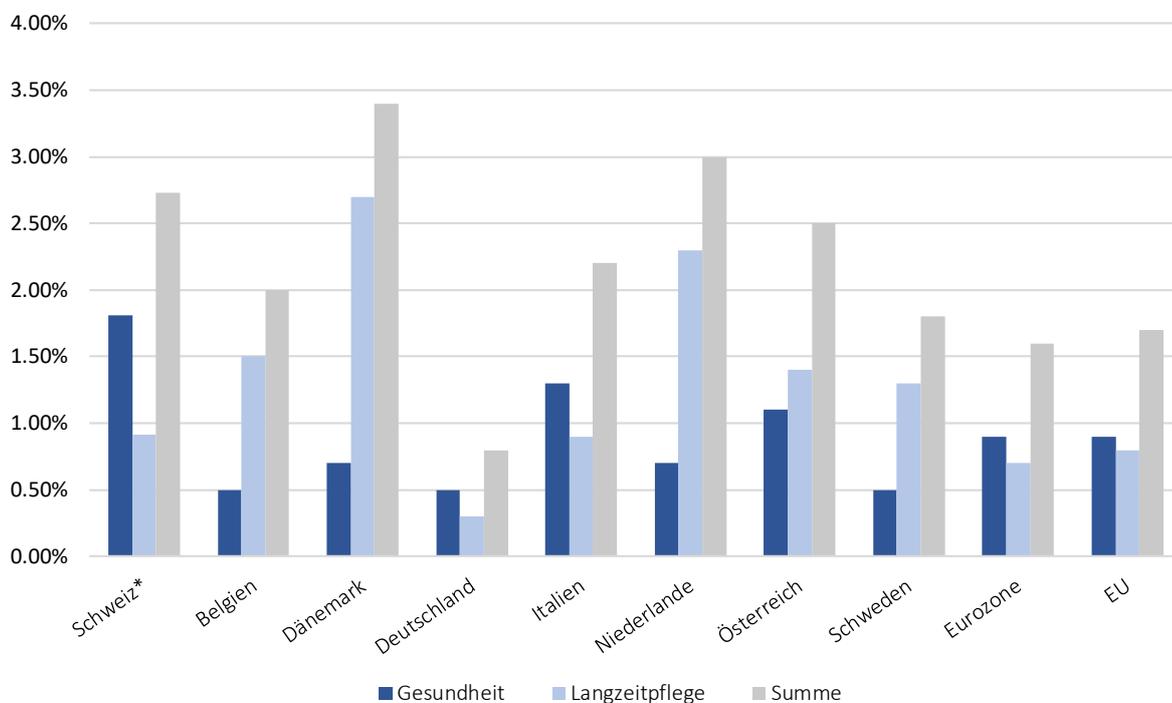
Neben unterschiedlichen Basisjahren und Bevölkerungsszenarien ist zudem der etwas anders gelagerte Projektionsansatz für die Unterschiede verantwortlich. Ein wesentlicher Punkt ist die Modellierung des medizinisch-technischen Fortschritts: In den vorliegenden Projektionen wird der medizinisch-technische Fortschritt indirekt durch die Einkommenselastizität (1,1 im Referenzszenario GoL) erfasst und damit an die projizierte wirtschaftliche Entwicklung gebunden. Im Gegensatz dazu unterstellt die OECD eine empirisch geschätzte Einkommenselastizität von 0,73 im Basisszenario. Der kostentreibende Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts wird mit einem empirisch geschätzten Zeiteffekt von 0,4 % als Aufschlag auf die durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstumsrate angenähert. Für den Bereich GoL trägt dies zu einem deutlich höheren Ausgabenanstieg bei. Die OECD unterstellt einen empirisch geschätzten Baumoleffekt von 0,27 im Basisszenario. Die vorliegenden Projektionen unterstellen einen relativen Preiseffekt von 0,5, welcher den Baumoleffekt und weitere tarifliche Ineffizienzen im Gesundheitswesen darstellt. Ein weiterer Unterschied besteht bei der unterstellten Veränderung der Morbidität: Die OECD geht von einem «Healthy Ageing» aus und berücksichtigt explizit todesbezogene Gesundheitskosten in den letzten Lebensjahren. Die vorliegenden Projektionen unterstellen hingegen eine Kombination aus «Pure Ageing» und «Healthy Ageing».²³

Ausgabenprojektionen der Europäischen Union

Die Ageing Working Group der Europäischen Kommission und des Economic Policy Committee (AWG) untersucht in regelmässigen Abständen, wie sich die Alterung der Bevölkerung auf die demografieabhängigen Staatsausgaben auswirkt. Die AWG nimmt in ihren neuesten Projektionen (AWG 2021) ebenfalls das Jahr 2019 als Basisjahr und projiziert die Ausgabenentwicklung bis 2070. Die vorliegenden Projektionen orientieren sich bezüglich dem gewählten methodischen Ansatz wie auch mit Blick auf die Auswahl der Szenarien stark an den Arbeiten der Ageing Working Group. So lehnen sich beispielsweise die Annahmen im Referenzszenario bezüglich Morbiditätsentwicklung und unterstellter Einkommenselastizität bei den Arbeiten der EU, insbesondere dem verwendeten AWG-Referenzszenario und dem AWG-Risikoszenario, an. Die AWG geht bezüglich der Berücksichtigung der Pandemiekosten von den gleichen Voraussetzungen wie die vorliegende Arbeit aus. So werden sowohl die Kosten als auch die makroökonomischen Folgen der Pandemie berücksichtigt, jedoch nicht die demografischen Effekte.

Bezüglich der unterstellten demografischen Entwicklung weisen die EU wie auch die Schweiz eine stark alternde Bevölkerungsstruktur auf, wobei für die EU von einer um 5 % schrumpfenden Bevölkerung und einem deutlich stärkeren Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bis 2070 ausgegangen wird. Das Potenzialwachstum in der EU als Ganzes wird langfristig als relativ stabil angenommen und ist durchaus vergleichbar mit der unterstellten Entwicklung für die vorliegenden Projektionen. Die Schätzungen für die EU liegen bei durchschnittlich 1,3 % Wirtschaftswachstum für den gesamten Projektionszeitraum. Für die Schweiz werden durchschnittlich 1,5 % pro Jahr angenommen.

²³ In einem aktuellen Arbeitspapier (Lorenzoni, 2021) präsentiert die OECD aktualisierte Projektionen bis 2040. Dabei werden aktualisierte Parameterwerte präsentiert. Es werden eine Einkommenselastizität von 0,87, ein Baumoleffekt von 0,47 und ein Aufschlag auf die Wachstumsrate für den medizinischen technischen Fortschritt von 0,4 % unterstellt. Die Resultate werden jedoch nicht länderspezifisch ausgewiesen.

Grafik 12: Zunahme der öffentlichen Ausgaben in der Gesundheit und Langzeitpflege im internationalen Vergleich, 2019–2050 (BIP-%)

Anmerkung: *inklusive der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
Quelle: AWG Referenzszenario (vgl. AWG 2021, S. 118, 148, 252 und 258)

Gemäss den Projektionen der EU nehmen die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit und die Langzeitpflege bis 2050 in der gesamten EU um 1,7 % des BIP zu (vgl. Grafik 12). Wird zur besseren Vergleichbarkeit der Ausgabenanstieg der OKP zu den Ausgaben der öffentlichen Hand in der Schweiz hinzugerechnet, liegt die Schweiz mit einem Ausgabenanstieg von 2,7% des BIP höher als der Durchschnitt, höher als Deutschland (+0,8 BIP-%) und zwischen Österreich (+2,5 BIP-%) und Dänemark (+3,4 BIP-%).

Für den Vergleich ist zu beachten, dass sich die Projektionen bezüglich der für die einzelnen Staaten unterstellten demografischen wie auch wirtschaftlichen Entwicklungen unterscheiden. Weitere Differenzen lassen sich auf die Höhe der Gesundheitsausgaben im Basisjahr, die Ausgabenprofile und institutionelle Regelungen für die nationalen Gesundheitssysteme (z. B. spezielle Finanzierungsregime) zurückführen. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass in den vorliegenden Projektionen für den Bereich GoL eine konstante Einkommenselastizität von 1,1 angenommen, während in den EU-Projektionen im AWG-Referenzszenario davon ausgegangen wird, dass die im Basisjahr unterstellten Elastizitäten von 1,1 gegen 1,0 bis zum Jahr 2070 konvergieren. Hinzu kommt, dass im Gegensatz zur AWG im Referenzszenario ein relativer Preiseffekt unterstellt wird. Für den Bereich der Langzeitpflege wird in den AWG-Szenarien unterstellt, dass nur ein Teil der Leistungen einem erhöhten Kostendruck im Sinne einer Baumolschen Kostenkrankheit unterliegt. Diese beiden abweichenden Annahmen führen zu vergleichsweise niedrigeren Ausgabenanstiegen in den Projektionen der EU.

4 PolitikszENARIO: Kostenziele für die OKP

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ist durch ein starkes Ausgabenwachstum gekennzeichnet. So nahmen die OKP-Bruttoausgaben (inklusive Kostenbeteiligung privater Haushalte und IPV) zwischen 1999 und 2019 teuerungsbereinigt im jährlichen Mittel um 3,8 % zu. Im Verhältnis zum BIP betrug der Anstieg der OKP- Bruttoausgaben 1,5 %. Die mittlere OKP-Prämie wuchs im selben Zeitraum teuerungsbereinigt um jährlich 3,3 %.²⁴

Die vorliegenden Projektionen zeigen, dass sich die Dynamik der OKP-Ausgaben fortsetzen wird. Hinzu kommt, dass die vom KVG vorgesehenen Leistungen der öffentlichen Hand direkt von der OKP-Entwicklung betroffen sind. Dazu gehören die vom Bund und Kantonen getragene IPV und die von den Kantonen zusammen mit der OKP finanzierten Fallpauschalen der Spitäler (Swiss DRG). Mit einem Anteil von 77 % tragen dabei die Kantone die Hauptlast der öffentlichen Ausgaben. Vom Bund werden 23 % der öffentlichen Ausgaben finanziert. Das starke Kostenwachstum wirft die Frage auf, ob langfristig die Finanzierbarkeit von OKP und die von der öffentlichen Hand getragenen KVG-Leistungen und der gleiche Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen gewährleistet werden kann.

Die OKP wendet 86 % ihrer Ausgaben für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege auf. Im Bereich GoL dominieren die nicht-demografischen Faktoren wie der überproportionale Einkommenseffekt und der medizinisch-technische Fortschritt sowie mögliche Ineffizienzen aufgrund von Fehlanreizen wie der angebotsinduzierten Nachfrage. Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit schätzt das Effizienzpotenzial im KVG-Bereich zwischen 15 % und 19 % (vgl. Brunner et al. 2019).²⁵

Eine vom EDI im Jahr 2017 eingesetzte Expertengruppe sieht Ansatzpunkte für die Dämpfung des Kostenwachstums primär auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens und schlägt insbesondere eine Zielvorgabe zur Dämpfung des Kostenwachstums in der OKP vor (vgl. Expertengruppe EDI 2017). Eine Zielvorgabe ist eine budgetäre Restriktion, die eine Obergrenze für das Wachstum der OKP-Ausgaben vorsieht. Internationale Erfahrungen legen nahe, dass eine Zielvorgabe die Budgetverantwortung der wesentlichen Gesundheitsakteure erhöht und sie dazu anhält, verstärkt Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen, die Kostentransparenz zu erhöhen, häufiger zu kooperieren und Effizienzreserven auszuschöpfen. Bedenken gegenüber einer Zielvorgabe sind insbesondere in einer möglichen Rationierung von Leistungen, der Verschiebung in nicht von der Budgetvorgabe erfasste Bereiche oder Anreize für Leistungserbringer, gewisse Behandlungen zum Nachteil bestimmter Patientengruppen zu priorisieren, zu sehen (vgl. Brändle et al. 2018; Brändle und Colombier 2020).

Um diesen möglichen nachteiligen Effekten zu begegnen, werden zur Berechnung der Zielvorgabe die wesentlichen strukturellen Kostentreiber, d.h. die wirtschaftliche und demografische Entwicklung, die Morbidität und der medizinische-technische Fortschritt, weiterhin berücksichtigt. Zudem ist die Zielvorgabe umfassend, so dass eine Verlagerung in andere Bereiche kaum möglich ist. Gemäss Regulierungsfolgenabschätzung ist angesichts eines sozialen Drucks aufgrund von z. B. Behandlungsrichtlinien und eines hohen Berufsethos ein systematisches Ausweichverhalten der Ärzte nicht zu erwarten (vgl. Mattmann et al. 2021; Swiss Economics und Slembeck 2021).

²⁴ Dies ist die durchschnittliche Prämie für alle Versicherten über alle Versicherungsformen.

²⁵ Das festgestellte Effizienzpotenzial ist statisch. Mit Hilfe einer Obergrenze für das Kostenwachstum im KVG-Bereich können Ineffizienzen stetig abgebaut werden, so dass die Ineffizienzen das Wachstum der KVG-Ausgaben unmittelbar beeinflussen (vgl. Fries et al. 2020).

Nach diesen Erkenntnissen kann das Ausgabenwachstum der OKP und der staatlichen KVG-Leistungen gedrosselt werden, ohne dass nennenswerte Qualitätsverluste drohen. Der Bundesrat hat den Vorschlag der Expertengruppe aufgenommen und im November 2021 eine Botschaft zur Vorgabe von Zielen für die maximale Kostenentwicklung in der OKP, den Kostenzielen, als indirekten Gegenvorschlag zur CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ins Parlament eingebracht (vgl. [Schweizerisches Parlament 2022](#); [BAG 2021](#)).²⁶ Die Lösung des Bundesrates sieht vor, dass der Bundesrat ausgehend vom medizinischen Bedarf zunächst ein Kostenziel, d. h. eine Obergrenze für das Gesamtkostenwachstum der OKP, festlegt. Der Bundesrat gibt eine Zielempfehlung mit einer Toleranzmarge für jeden Kanton vor. Der Bundesrat und die Kantone bestimmen auf dieser Basis Kostenziele für die Kostenblöcke in ihrem Zuständigkeitsbereich (Kantone: z.B. Spitäler und Arzt ambulant; Bund: Medikamente, Analysen sowie Mittel und Gegenstände). Werden die Kostenziele überschritten, sind Bundesrat und Kantone für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich verpflichtet, zu prüfen, ob Fehlentwicklungen vorliegen und entsprechende Massnahmen zur Korrektur notwendig sind.

Mit Hilfe der Ausgabenprojektionen soll hier beispielhaft gezeigt werden, wie sich Effizienzsteigerungen im Rahmen von Kostenzielen auf die durch die OKP und die öffentliche Hand finanzierten KVG-Leistungen (IPV und Fallpauschalen Spitäler) auswirken können und was dies für die Prämienentwicklung bedeutet. Im PolitikszENARIO wird - abweichend vom ReferenzszENARIO – angenommen, dass es die Kostenziele ermöglichen, den Einkommenseffekt auf einen proportionalen Ausgabenanstieg zu beschränken (Einkommenselastizität von 1), um die langfristige Finanzierbarkeit der KVG-Leistungen zu sichern. Ausserdem kann der relative Preiseffekt einzig auf den eher schwer zu beeinflussenden Baumoleffekt reduziert werden. Die relative Teuerung im Bereich GoL wird daher um 25 Prozentpunkte geringer als im ReferenzszENARIO eingestuft, das heisst, der relative Preiseffekt wirkt nur halb so stark wie im ReferenzszENARIO. Die Reduktion von Einkommens- und relativem Preiseffekt bedeutet, dass Ineffizienzen wie eine Ausweitung medizinisch nicht notwendiger Leistungen oder überhöhte Tarifabschlüsse verringert werden können.

Für den Pflegebereich (LPF) kann davon ausgegangen werden, dass die Akteure kaum Fehlanreize wie die angebotsinduzierte Nachfrage haben (vgl. Brunner et al., 2019). Entsprechend wird geschätzt, dass weniger als 5 % des gesamten Effizienzpotenzials der KVG-Leistungen auf die LPF zurückgehen. Das Effizienzpotenzial liegt damit fast ausschliesslich im Bereich GoL. Daher wird für den Pflegebereich der OKP vereinfachend von der Annahme ausgegangen, dass das Kostenziel dem Ausgabenwachstum der LPF im ReferenzszENARIO entspricht. Hinzu kommt, dass der durch die Alterung wachsende Personalbedarf das Arbeitsangebot im Pflegebereich weiter verknappen wird, sodass das potenzielle Risiko einer Unterversorgung zunehmen dürfte (vgl. Obsan, 2022).

Neben dem ReferenzszENARIO wird auch das Szenario Kostendruck zum Vergleich herangezogen. In diesem Szenario wird ein stärkeres Mass an Ineffizienzen im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege unterstellt (Einkommenselastizität von 1,4). Durch ein höheres Ausmass von medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitungen und überteuerter Tarife ist der Druck auf die Gesundheitsausgaben noch stärker als im ReferenzszENARIO.

²⁶ Die CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» will erreichen, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht stärker wachsen als die schweizerische Gesamtwirtschaft bzw. die durchschnittlichen Löhne. Wachsen die durchschnittlichen Kosten während zwei Jahren zu stark, sollen Bund und Kantone für das nachfolgende Jahr wirksame Kostenbegrenzungsmassnahmen beschliessen. Die Initiative bleibt hinter dem Bundesratsvorschlag zurück, weil weder die Kriterien Alter/Morbidität noch der medizinische Fortschritt bei der Obergrenze für das Kostenwachstum berücksichtigt werden dürften.

Tabelle 6: Gesundheitsausgaben mit Kostenzielen im Vergleich zum Referenz- und KostendruckszENARIO (BIP-%)

Ebene	2019 Quote	Quote	2035 Differenz zur Zielvorgabe		Quote	2050 Differenz zur Zielvorgabe	
			Referenz	Kostendruck		Referenz	Kostendruck
KVG-Ausgaben* Finanzierungsträger	5,9	6,7	+0,23	+0,44	7,5	+0,63	+1,21
Staat**	1,7	1,9	+0,07	+0,25	2,1	+0,18	+0,34
Bund	0,4	0,4	+0,02	+0,03	0,4	+0,04	+0,12
Kantone	1,3	1,5	+0,05	+0,22	1,6	+0,14	+0,22
OKP (ohne IPV)	4,2	4,9	+0,08	+0,23	5,4	+0,34	+0,75
OKP (ohne Kobe; ohne IPV)	3,6	4,1	+0,06	+0,19	4,6	+0,28	+0,63
Kostenbeteiligung priv. Haushalte OKP (Kobe)	0,6	0,7	+0,02	+0,04	0,9	+0,06	+0,12

* Ausgaben, die dem Staat, der OKP und den privaten Haushalten aufgrund des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) entstehen. Approximation der KVG-Ausgaben durch die Summe der OKP-Bruttoausgaben und einer Schätzung der Kantonsbeiträge für DRG-Fallpauschalen an die Spitäler. Ein Teil der OKP-Ausgaben wird über die IPV finanziert.

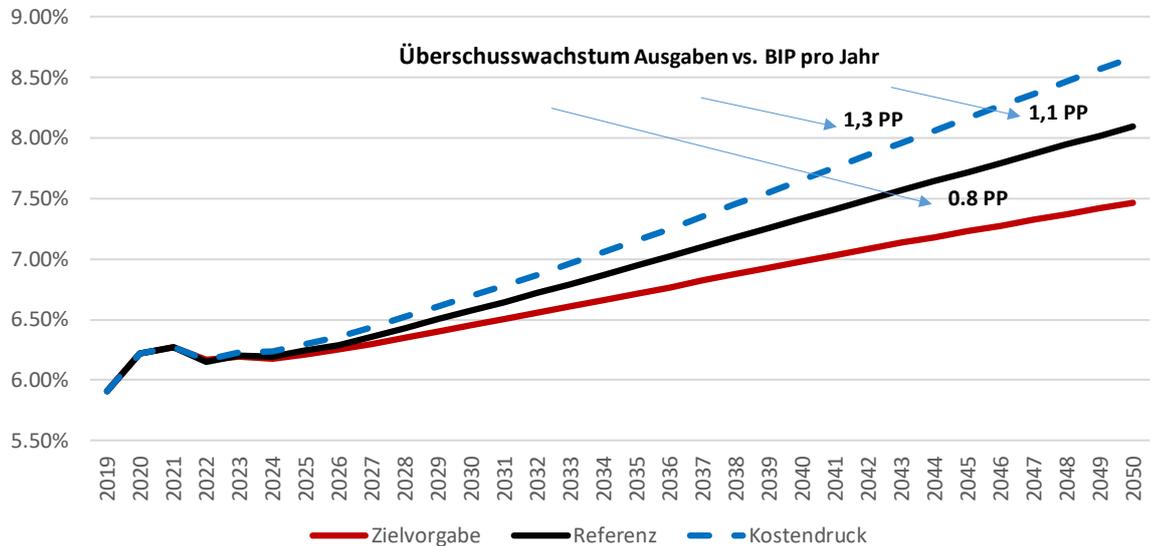
** Staatliche Ausgaben aufgrund des KVG, d.h. Ko-Finanzierung der Fallpauschalen für Spitäler und IPV approximiert. Für Gemeinden und Sozialversicherung entstehen keine Ausgaben nach KVG.

Die OKP (ohne IPV) finanziert derzeit 72 % und die öffentlichen Haushalte 28 % der (approximierten) KVG-Ausgaben. Beide Finanzierungsträger können mit Kostenzielen substantielle Einsparungen realisieren (vgl. Tabelle 6). Diese inkludieren ebenfalls Einsparungen bei den Kostenbeteiligungen privater Haushalte.

Mit Kostenzielen fällt der Anstieg zwischen 2019 bis 2050 um 0,6 % des BIP tiefer als im Referenzszenario aus. Zu Preisen von 2019 bedeutet dies eine Zunahme von 43 Mrd. CHF auf 116 Mrd. CHF statt auf 126 Mrd. CHF. Dies entspricht Einsparungen in Höhe von rund 10 Mrd. CHF, oder 8 % der KVG-Ausgaben im Jahr 2050. Davon entfällt eine Ersparnis von 2,1 Mrd CHF auf die Kantone (0,14 % des BIP). Zudem kann der Bund aufgrund der IPV geringfügige Ersparnisse von 0,6 Mrd. CHF realisieren. Bei der OKP (ohne IPV) reduzieren sich die Ausgaben um 5,3 Mrd. CHF (0,5 % des BIP).

Ist das Gesundheitswesen durch ein höheres Mass an Ineffizienzen als im Referenzszenario gekennzeichnet (Szenario Kostendruck), liegen die KVG-Ausgaben im Jahr 2050 um 1,2 % des BIP oder um teuerungsbereinigt 18,8 Mrd. CHF höher. Dies entspricht 16 % der KVG-Ausgaben im Jahr 2050. Der Staat und die OKP sind entsprechend ihrer Anteile an den KVG-Ausgaben (28 % und 72 %) davon betroffen. Der Vergleich mit dem Szenario Kostendruck zeigt, dass bei einem hohen Ausmass an Ineffizienzen Kostenziele besonders wirksam sind.

Grafik 13: Entwicklung der KVG Ausgaben mit Kostenzielen im Vergleich zum Referenz- und KostendruckszENARIO (BIP-%)*

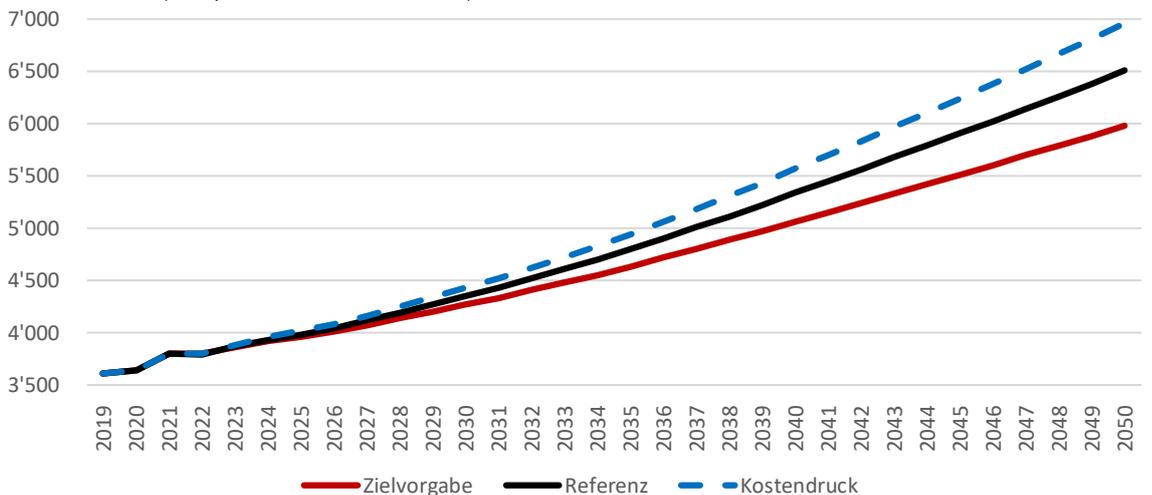


Quelle: EFV

* Approximation der KVG-Ausgaben durch die Summe der OKP-Bruttoausgaben und einer Schätzung der Kantonsbeiträge für DRG-Fallpauschalen an die Spitäler. Ein Teil der OKP-Ausgaben wird über die IPV finanziert.

Grafik 13 zeigt, dass das KVG-Ausgabenwachstum mit Kostenzielen deutlich gebremst werden kann. So nehmen die Ausgaben von 2019 bis 2050 im jährlichen Durchschnitt um 0,8 Prozentpunkte stärker zu als das nominale BIP. Im Referenzszenario liegt die Ausgabenzunahme um jährlich 1,1 Prozentpunkte und im KostendruckszENARIO um 1,3 Prozentpunkte höher als das BIP-Wachstum. Die mittlere Wachstumsrate der KVG-Ausgaben liegt mit Kostenzielen bei 3,3 %. Im Referenzszenario beschleunigt sich das Wachstum auf 3,6 % und im KostendruckszENARIO beträgt das Wachstum 3,8 %.

Grafik 14: Entwicklung OKP-Nettoaushgaben pro Einwohnerin mit Kostenzielen im Vergleich zum Referenz- und KostendruckszENARIO (CHF, zu Preisen von 2019)*



Quelle: EFV

* Nettoaushgaben: = Bruttoausgaben abzgl. Kostenbeteiligung privater Haushalte

Aus Sicht einer/s Versicherten der OKP ist die zukünftige Prämienentwicklung der OKP bedeutsam. Dafür eignet sich die Betrachtung der Nettoausgaben pro Versicherte/n, welche langfristig der mittleren Prämie entspricht, wie sie das Bundesamt für Gesundheit ausweist. Im Basisjahr 2019 lagen die Nettoausgaben pro Versicherten mit 3610 CHF nahe der mittleren Prämie von 3772 CHF.

Gemäss Projektionen kann mit Kostenzielen gegenüber dem Referenzszenario die Ausgabendynamik um jährlich 0,3 Prozentpunkte gebremst und ein durchschnittliches jährliches Wachstum von teuerungsbereinigt 1,7 % erreicht werden. Im Vergleich zum Referenzszenario resultiert daraus im Jahr 2050 eine Einsparung von 530 CHF pro Versicherten (vgl. Grafik 14). Damit können OKP-Versicherte aufgrund der Kostenziele eine Monatsprämie einsparen. Gegenüber dem Kostendruckscenario verdoppeln sich die Einsparungen auf fast 1000 CHF und damit auf zwei Monatsprämien pro OKP-Versicherte/n.

Insgesamt sind die Kostenziele umso wirksamer, je grösser die Ineffizienzen im System sind. So kann das inflationsbereinigte Prämienwachstum der OKP gemäss den Projektionen gegenüber dem Szenario Kostendruck von 2,2 % pro Jahr auf 1,7 % pro Jahr pro Kopf gesenkt werden. Gegenüber dem Referenzszenario würde das jährliche Prämienwachstum pro Kopf noch um 0,3 Prozentpunkte gebremst werden. Neben der OKP kommt die Zielvorgabe primär den kantonalen Finanzen zugute. Auch der Bund wird entlastet.

5 Schlussfolgerungen

Bereits vor der Coronakrise haben stark wachsende Gesundheitsausgaben die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen in Frage gestellt. Die Pandemie hat diese Bedenken verstärkt und zudem die Bedeutung von widerstandsfähigen Gesundheitssystemen unterstrichen.

Die vorliegenden Projektionen zeigen, dass auch in der Zukunft mit im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen steigenden Gesundheitsausgaben gerechnet werden muss. Während die coronabedingten Ausgaben für die Gesundheit die öffentlichen Haushalte in der kurzen Frist belasten, übt die Alterung der Bevölkerung gemäss den Projektionen bis ins Jahr 2050 einen anhaltenden und wachsenden Druck auf die öffentlichen Haushalte und die obligatorische Krankenversicherung aus. In der mittleren bis langen Frist sind die Gesundheitsausgaben jedoch nicht nur getrieben durch den demografischen Wandel, sondern auch durch nicht-demografische Faktoren wie das steigende Einkommen, den medizinischen Fortschritt, die Baumolsche Kostenkrankheit und Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Im Bereich der öffentlichen Hand geraten am stärksten die kantonalen Budgets unter Druck, welche gegenwärtig zwei Drittel der staatlichen Ausgaben finanzieren. Der Bund ist im Wesentlichen über die IPV und die Gemeinden über die Pflegeausgaben betroffen.

Eine Aufteilung der öffentlichen Ausgaben zeigt, dass die nicht-demografischen Kostentreiber stärker die GoL-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und die IPV (KVG-Ausgaben) beeinflussen und die Alterung einen grösseren Effekt auf die LPF ausübt. Die LPF-Ausgaben entwickeln sich dynamischer als die GoL-Ausgaben. Die OKP-Ausgaben sind wie die staatlichen GoL-Ausgaben stärker von den nicht-demografischen Kostentreibern als von der Alterung betroffen. Die Sensitivitätsanalysen zeigen, dass in der OKP und im öffentlichen GoL-Bereich der stärkste Kostendruck vom relativen Preiseffekt und Faktoren wie dem medizinisch-technischen Fortschritt und Ineffizienzen ausgeht. Hingegen ist für die öffentliche LPF die mit der zunehmenden Lebenserwartung einhergehende Pflegebedürftigkeit bedeutsam.

Für die Langzeitpflege ist die Prävention ein wichtiger Schlüssel für die Dämpfung des Kostenwachstums. Für den OKP-Bereich hat der Bundesrat verschiedene Massnahmenpakete zur Dämpfung des Kostenwachstums wie die Förderung von pauschalen Tarifen im ambulanten Bereich und der Vorgabe von Kostenzielen für das OKP-Kostenwachstum ins Parlament eingebracht. Diese setzen an den in diesem Papier aufgezeigten Kostenhebeln an. Eine Verlangsamung der OKP-Ausgaben wirkt sich unmittelbar kostendämpfend auf die Spital- und IPV-Ausgaben der öffentlichen Hand aus.

Der kontrovers diskutierte Massnahme der Vorgabe von Kostenzielen beruht auf der Grundüberlegung, dass mehr Kostenverantwortung in Gesundheitswesen übernommen wird und insbesondere die LeistungserbringerInnen dazu angehalten werden, verstärkt Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen. Das Politikscenario zu den Kostenzielen zeigt illustrativ, dass Einsparungen im Bereich von OKP und öffentlichen KVG-Ausgaben möglich sind und auch die privaten Haushalte über geringere Prämien entlastet werden können.

Literaturverzeichnis

Acemoglu, D., Finkelstein, A. und Notowidigdo, M. (2013). Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks, *Review of Economics and Statistics*, 95(4), 1079–1095.

AWG – Ageing Working Group on Ageing, Population and Sustainability (2021). The Ageing Report 2021 – Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070). Institutional Paper Series, No. 148, European Commission, Brussels.

Baltagi, B.H. Lagravinese, R., Moscone, F. und Tosesti, E. (2017). Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective, *Health Economics*, 26: 863–874.

Baltagi, B. H. und Moscone, F. (2010). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data. *Economic Modelling*, 27(4), 804–811.

Bates, L. J., und Santerre, R. E. (2013). Does the US Health Care Sector Suffer From Baumol's Cost Disease? Evidence from the 50 States, *Journal of Health Economics*, 32(2), 386–391.

Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review*, 57(3), 415–26.

Brändle, T., and Colombier, C. (2020). Budgetary targets as cost-containment measure in the Swiss healthcare system? Lessons from abroad. *Health Policy*, 124, 605–614.

Brändle, T. und Colombier, C (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 21, Bern.

Brändle, T. und Colombier, C (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012, *Health Policy*, 120(9), 1051–1060.

Brändle, T., Colombier, C., Baur, M. und S. Gaillard (2018). Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 22, Bern.

Breyer, F. und Lorenz, N. (2021). The «Red Herring» after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures, *European Journal of Health Economics*, 22, 661.667.

Breyer, F., Lorenz, N., und Niebel, T. (2015). Health Care Expenditures and Longevity: Is There a Eubie Blake Effect? *European Journal of Health Economics*, 16, 95–112.

Breyer, F. und Felder, S. (2006). Life Expectancy and Health Care Expenditures: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying. *Health Policy*, 75(2), 178–186.

Brunner, B., Wieser, S., Maurer, M., Stucki, M., Nemitz, J., Schmidt, M., Brack, Z., Lenzin, G., Trageser, J., von Stokar, T., Geschwend, E., Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, Report on behalf of the Swiss Federal Office of Public Health, Winterthur Institute for Health Economics/ZHAW University of Applied Sciences, INFRAS, Winterthur/Zurich

- Bundesamt für Gesundheit (2022). Kostendämpfung zur Entlastung der OKP, Bern.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html> (01.06.2022)
- Bundesamt für Gesundheit (2021). Vorgabe von Zielen für die maximale Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, Faktenblatt, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bundesamt für Statistik (2021). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Statistik des BFS, Neuenburg.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.gnpdetail.2021-0179.html> (24.05.2022)
- Bundesamt für Statistik (2021b). Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020–2050: Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien. BFS; Neuenburg.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.20324255.html>
- Bundesrat (2020). Einbezug der Pflegefinanzierung in eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Vordergrund, Bern.
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-81300.html> (16.06.2022)
- Bundesrat (2016). Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014, Mai 2016, Bern.
- Colombier, C. (2018). Population Aging in Healthcare – A Minor Issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 50 (15), 1746–1760.
- Colombier, C. (2017). Drivers of Health Care Expenditure: What Role Does Baumol’s Cost Play? *Social Science Quarterly*, 98(5), 1603–1621.
- Colombier, C. (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der EFV Nr. 19, Bern.
- Colombier, C., und Brändle, T. (2018). Healthcare expenditure and fiscal sustainability: evidence from Switzerland, *Public Sector Economics*, 42(3), 279–301.
- Colombier, C., und Weber, W. (2011). Projecting Health-care Expenditure for Switzerland: Further Evidence against the ‘Red-herring’ Hypothesis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26, 245–263.
- Colombier, C. und Weber, W. (2008). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050, Working Paper der EFV Nr. 10, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern.

- Costa-Font, J., Gemmill, M. und Rubert, G. (2011). Biases in the Healthcare Luxury Good Hypothesis?: A Meta-Regression Analysis, *Journal of the Royal Statistical Society*, 174(1), 95–107.
- Credit Suisse (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013: Der Spitalmarkt im Wandel. Swiss Issues Branchen, August 2013, Zürich.
- Credit Suisse (2015). Gesundheitswesen Schweiz 2015 – Die Zukunft des Pflegeheimmarkts, Swiss Issues Branchen, Juni 2015, Investment Strategy & Research, Economic Research, Zürich.
- Crivelli, L., Filippini M. und Mosca, I. (2006). Federalism and Regional Healthcare Expenditure: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons. *Health Economics Letters*, 15(5), 535–541.
- De la Maisonneuve, C., Oliveira Martins, J. (2014). The Future of Health and Long-Term Care Spending, *OECD Journal: Economic Studies*, 2014(1): 61–96.
- De la Maisonneuve, C., Moreno-Sera, R., Murin, F. und Oliveira Martins, J. (2016). The Role of Policy and Institutions on Health Spending, *Health Economics*, 26(7), 834–843.
- Eidgenössisches Finanzdepartement (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016, Bern: Eidgenössische Finanzverwaltung.
- Eidgenössisches Finanzdepartement (2021). Langfristperspektiven für die öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2021: Coronakrise, Demografie und Klimawandel, Bern: Eidgenössische Finanzverwaltung.
- Eidgenössische Finanzverwaltung (2021). Öffentliche Finanzen der Schweiz 2019–2022, Band 18, Öffentliche Verwaltung und Finanzen, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
- Expertengruppe EDI (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, Eidgenössisches Department des Innern, Bern.
- Felder, S. (2013). Managing the Healthcare System: The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure, *CESifo DICE Report* 1/2013, 3–6.
- Fries, J.F. (1980). Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Fries, J.F. (1989). The Compression of Morbidity: Near or Far?, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67(2), 208–232.
- Fries, S., Trageser, J. und von Stokar, T. (2020). Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe – Schlussbericht zur Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, INFRAS – Forschung und Beratung, Zürich.

- Gruenberg, E.M. (1977). The Failure of Success, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), 3–24.
- Gerdtham, U.G. und Jönsson, B. (2000). International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. In: Cuyler, A.J., Newhouse, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, North Holland, 11–53.
- Glied, S. und Smith, P. (2013). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press.
- Gregersen, F. (2014). The Impact of Ageing on Health Care Expenditure: A Study of Steepening. *European Journal of Health Economics*, 15, 979–989.
- Hartwig, J. (2008). What Drives Health Care Expenditure? - Baumol's Model of Unbalanced Growth Revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603–23.
- Hartwig, J. und Sturm, J.E. (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36), 4455–4474.
- Hsiao, W. und Heller, P.S. (2007). What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF Working Paper No. 07/13.
- Manton K.G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60(2), 183–244.
- Marino, A. und L. Lorenzoni (2019). The Impact of Technological Advancements on Health Spending. OECD Health Working Papers No 103, OECD Publishing, Paris.
- Martin, J.J., M., del Amo Gonzalez, M.P.L. und Garcia, D. C. (2011). Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure. *Applied Economics*, 43(1), 19–46.
- Mattmann, M., Slembeck, T., and Rutz, S. (2021). Gesundheitssystem: Kostenverantwortung durch Zielvorgaben stärken, *Die Volkswirtschaft*, 12/2021, 61–63.
- Medeiros J. und Schwierz, C. (2013). Estimating the Drivers and Projecting Long-term Public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited», *European Economy, Economic Papers* No. 507.
- Moog, S., Raffelhüschen, B. und Weisser, V. (2014). Altersvorsorge und die Schweizer Generationenbilanz – Lasten in die Zukunft verschoben. UBS, Zürich.
- Moscone, F. und Tosetti, E. (2010). Health Expenditures and Income in the United States. *Health Economics*, 19, 1385-1403.
- Murthy, V.N.R. und Okunade, A.A. (2016). Determinants of U.S. Health Expenditure: Evidence from Autoregressive Distributed Lag (ARDL) Approach to Cointegration, *Economic Modelling*, 59, 67–73.

Obsan (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz – Prognosen bis 2040, Obsan Bericht 02/2022, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.

OECD (2021). Will resilient health systems be financially sustainable? Prepared for the OECD Health Committee, OECD, Paris.

Polder, J.J., Barendregt, J. und van Oers, H. (2006). Health Care Costs in the Last Year of Life – The Dutch Experience, *Social Science and Medicine*, 63(7), 1720–1731.

PWC, Price Waterhouse Coopers (2021). Finanzielle Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Schweizer Spitäler (Whitepaper 4.0).

Reich, O., Weins, C., Schusterschnitz, C. und Thöni, M. (2012). Exploring the Disparities of Regional Healthcare Expenditures in Switzerland: Some Empirical Evidence. *European Journal of Health Economics*, 13, 193–202.

Ricka, R., von Wartburg, L., Marta Gamez, F. und S. von Greyerz (2020): Synthesebericht des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern.

Rice, Th. (2003). *The Economics of Health Reconsidered*, Health Administration Press, Chicago.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2021). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen, Zwischenbericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.3135 SGK-SR vom 21. April 2020, Bern.

Schweizerisches Parlament (2022). Botschaft vom 10. November 2021 zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung), 21.067 Geschäft des Bundesrates, Bern.

<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20210067>
(01.06.2022)

Smith, S.D., Newhouse, J.P., und M.S. Freeland (2009). Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*, 28(5), 1276–1284.

Stearns, S.C. und Norton, C. (2004). Time to Include Time to Death? The Future of Health Care Expenditure Projections, *Health Economics*, 13(4), 315–327.

Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsovala, S. und Mortensen, J. (2006). The Contribution of Health to the Economy in the European Union, *Public Health*, 120, 994–1001.

Swiss Economics und Slembeck, T. (2021). Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Staatssekretariats für Wirtschaft, Zürich.

Van Baal, P.H. und Wong, A. (2012). Time to Death and the Forecast of Macro-level Health Care Expenditure: Some Further Considerations. *Journal of Health Economics*, 31, 876–887.

Vatter, A. und Ruefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3), 301–323.

Weaver, F., Jaccard, R. H., Pelligrini, S. und Jeanrenaud, C. (2008). Les couts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. OBSAN, Neuchâtel.

Zweifel, P., Felder, S. und Meiers, M. (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8(6), 485–96.

Tabellenanhang

Tabelle A1: Kennzahlen Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung

	2019	2035	2050
Bevölkerungsentwicklung gem. BFS-Szenario A-00-2020			
Bilanz ständige Wohnbevölkerung (in Mio)	8 688 215	9 758 502	10 440 621
Wanderungssaldo	50 000	45 000	35 000
Durchschnittliche Anzahl Kinder pro Frau	1,5	1,6	1,6
Lebenserwartung bei Geburt			
Männer	81,9	85,2	87,2
Frauen	85,5	87,8	89,6
Altersquotient*	30,4%	41,8%	46,5%
Jugendquotient (0–19 Jahre)	20,0%	19,8%	19,3%
Effektiver Altersquotient**	37,7%	50,5%	56,1%
Erwerbsquote in Vollzeitäquivalenten	85,2%	84,7%	85,0%
Erwerbsbevölkerung in Vollzeitäquivalenten (TSD)	4 262	4 564	4 761
Wirtschaftsentwicklung (Mittelwert, p. a.) in %		2027–2050***	
Nominales BIP		2,5%	
Reales BIP		1,5%	
Arbeitsproduktivität		1,2%	
Reallohn		1,2%	
Erwerbsbevölkerung		0,3%	
Teuerung		1,0%	

* Altersquotient: Verhältnis der über 65-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

** Effektiver Altersquotient: Verhältnis über 65-Jähriger zur Erwerbsbevölkerung (VZÄ)

***Für die Jahre 2022 und 2023 wird die Prognose der Expertengruppe des Bundes und von 2024 bis 2026 werden die Eckwerte des Finanzplans 2024–26 unterstellt.

Tabelle A2: Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario nach Bereichen und Finanzierungsträgern (BIP-%)

Ebene	2019	2035		2050	
		Niveau	Veränderung 2019–2035	Niveau	Veränderung 2019–2050
Gesamtes Gesundheitswesen*	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
Gesundheit ohne Langzeitpflege	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
Langzeitpflege (ab 65 Jahren)	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
Finanzierungsträger					
Staat (inkl. Sozialwerke)	3,8	4,41	+0,62	5,1	+1,32
Bund	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Kantone	2,5	3,1	+0,58	3,7	+1,11
Gemeinden	0,4	0,5	+0,08	0,6	+0,17
AHV/ IV**	0,4	0,4	-0,03	0,4	-0,01
Gesundheit ohne Langzeitpflege	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
Bund	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Kantone	1,9	2,3	+0,39	2,7	+0,73
Gemeinden	0,1	0,1	+0,01	0,1	+0,01
Langzeitpflege (ab 65 Jahren)	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
Bund	-	-	-	-	-
Kantone	0,4	0,6	+0,18	0,8	+0,36
Gemeinden	0,2	0,3	+0,07	0,4	+0,15
AHV-HE	0,1	0,1	+0,03	0,1	+0,06
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)***	3,6	4,2	+0,63	4,9	+1,32
Gesundheit ohne Langzeitpflege					
Langzeitpflege	3,0	3,4	+0,49	4,0	+1,01
Langzeitpflege (ab 65 Jahren)	0,4	0,5	+0,14	0,7	+0,30
Restliche Ausgaben****	3,9	4,4	+0,42	5,0	+1,04
davon: private Haushalte*****	2,8	3,1	+0,37	3,5	+0,77

* Die Restkategorie beim gesamten Gesundheitswesen bilden die Ausgaben für die Langzeitpflege unter 65.

** Hilfslosenentschädigung; Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate.

*** Ohne Beteiligung der öffentlichen Hand in Form der individuellen Prämienverbilligung, welche dem Staatssektor zugerechnet wird. Die Aufteilung enthält nicht die Ausgaben für Langzeitpflege unter 65 Jahren und für Verwaltung, Prävention und Zahnarzt.

**** Zu den «Restlichen Ausgaben» zählen die Ausgaben der privaten Haushalte, der obligatorischen Unfallversicherung (UV), der privat. Zusatzversicherungen (ZV) und der privaten Stiftungen.

***** Kostenbeteiligung OKP, Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP) & Kostenbeteiligung priv. ZV.

Formelanhang

Formale Darstellung der Projektionsmethodik

Die Projektionen der Ausgaben pro Kopf der Alterskohorte j für das Jahr t lassen sich mit Hilfe der folgenden Gleichung, der Basisformel für die Ausgabenprojektionen darstellen.

$$\frac{A(t, j)}{Bev(t, j)} =$$

$$\left(\underbrace{\frac{12 - \lambda}{12} * \frac{A(0, j - \tau)}{Bev(0, j - \tau)} + \frac{\lambda}{12} * \frac{A(0, j - \tau - 1)}{Bev(0, j - \tau - 1)}}_{\text{Morbidity}} \right) * \underbrace{\prod_{i=1}^t (1 + (1 + \eta(i)) * y(i))}_{\text{Einkommenseffekt}} * \underbrace{(1 + \mu * \omega)^t}_{\text{Baumoleffekt}} * (1 + \pi)^t$$

(A1.1)

mit:

- $t = 1, \dots, 31$ und $0 :=$ Basisjahr.
- $A(t, j) :=$ Ausgaben (nominal) für die Gesundheit ohne Langzeitpflege bzw. Langzeitpflege (ab 65-Jähriger) pro Kopf der Alterskohorte j im Jahr t , jeweils für Männer und Frauen getrennt.
- $Bev(t, j) :=$ Anzahl Männer bzw. Frauen der Alterskohorte j im Jahr t gemäss dem Demografieszenario des BFS A-00-2020.
- Morbiditätsparameter: Zusätzliche Lebenszeit der Alterskohorte j in besserem Gesundheitszustand (Morbidity) im Jahr t gegenüber der Alterskohorte j im Basisjahr.
 - $\tau(t, j)$: Anzahl Jahre in besserem Gesundheitszustand.
 - $\lambda(t, j)$: Unterjährige Lebenszeit in besserem Gesundheitszustand gemessen in Monaten.
 - Für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege wird eine Verbesserung des Gesundheitszustands ab 41 Jahren, $j > 41$, und für die Langzeitpflege (über 65-Jähriger) ab 66 Jahren, $j > 65$, unterstellt.
- $y(i) :=$ Wachstumsrate des realen BIP pro Kopf im Jahr i , $i \leq t$.
- $1 + \eta(i) :=$ «Einkommenselastizität» im Jahr i , $\eta(i) \geq 0$, $i \leq t$.
- $\pi :=$ langfristige Inflationsrate.
- $\omega :=$ langfristige Wachstumsrate des durchschnittlichen jährlichen Reallohns.
- $\mu :=$ Baumolparameter; vollständiger Baumoleffekt, wenn $\mu = 1$, d.h. kein Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen; $\mu = 0$: keinen Baumoleffekt. Zu berücksichtigen ist, dass über die gesamtwirtschaftliche Inflationsrate π hinausgehende Preissteigerungen andere Gründe als den Baumoleffekt haben kann wie preisliche Ineffizienzen (vgl. unten).

Die **rechte Seite der Basisformel (A1.1)** lässt sich folgendermassen lesen:

- Der **erste Faktor** beschreibt den Zusammenhang zwischen einer zunehmenden Lebenserwartung und der Veränderung der Morbidität einer Alterskohorte j im Jahr t . Hier wird unterstellt, dass sich mit einer Zunahme der Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter krank bzw. pflegebedürftig zu werden, gegenüber dem Basisjahr verändern wird. Nehmen wir z.B. an, dass die Lebenserwartung von 50-jährigen Frauen im Jahr 2050 um 1 Jahr und 8 Monate höher als im Basisjahr 2019 liegt und die 50-jährigen Frauen diese zusätzlichen Lebensjahre in besserer Gesundheit als 50-jährige Frauen im Basisjahr verbringen (Szenario «Healthy Ageing»). Dann können wir vereinfachend unterstellen, dass die 50-jährigen Frauen im Jahr 2050 denselben Gesundheitszustand aufweisen wie im Basisjahr um 1 Jahr und 8 Monate jüngere Frauen, also 48 Jahre und 4 Monate alte Frauen. Entsprechend lautet der Morbiditätsparameter $\tau(31,50)=1$.²⁷ Da für die Ausgaben pro Kopf nur jährliche Angaben zur Verfügung stehen, müssen die jährlichen Ausgaben für die Alterskohorten der 48- und 49-jährigen Frauen im Basisjahr mit der Anzahl Monate gewichtet werden. In diesem Beispiel entspricht $\lambda(31,50)$ gleich acht. De facto wird eine Verschiebung des Ausgabenprofils im Jahr t gegenüber dem des Basisjahres nach rechts vorgenommen (vgl. Grafik 2). Dieses Vorgehen wird für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege für alle Alterskohorten ab 41 Jahren und für die Langzeitpflege für alle Alterskohorten ab 65 Jahren gewählt.
- Der **zweite Faktor** beschreibt die durch die Zunahme des volkswirtschaftlichen Einkommens ausgelösten Nachfrage- und Angebotseffekte, welche annahmegemäss nur auf die Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege wirken. Wenn $\eta > 0$, wird davon ausgegangen, dass sich eine Zunahme des realen BIP pro Kopf überproportional auf die Ausgaben pro Kopf einer Alterskohorte auswirkt. Da die Ausgaben pro Kopf in nominalen Grössen angegeben werden, wird ebenfalls die Inflationsrate π berücksichtigt. In beiden Fällen verschiebt sich das Ausgabenprofil in einem beliebigen Jahr t gegenüber dem Ausgabenprofil des Basisjahres nach oben (vgl. Grafik 2).
- Der **dritte Faktor** kann neben dem Baumoleffekt weitere relative Preiseffekte wie preisliche Ineffizienzen und/oder Knappheit des Arbeitsangebots erfassen. Für den Baumoleffekt wird angenommen, dass das (Real-) Lohnwachstum im Gesundheitswesen (bzw. in einem Teilbereich des Gesundheitswesens) und der Gesamtwirtschaft übereinstimmt. Weiterhin entspricht das durchschnittliche Reallohnwachstum der Gesamtwirtschaft dem Produktivitätsfortschritt. Falls im Gesundheitswesen keine Produktivitätsfortschritte erzielt werden, spielt der Baumoleffekt vollständig und μ ist bei Absenz von anderen relativen Preiseffekten gleich eins. Bei einem vollständigen Baumoleffekt schlägt sich das Lohnwachstum vollständig in einem Preiseffekt nieder und führt zu einer überdurchschnittlichen Inflationsrate im Gesundheitswesen. Gilt $0 < \mu < 1$, kann der Baumoleffekt als unvollständig bezeichnet werden, weil der Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen zwar positiv, aber geringer als in der Gesamtwirtschaft ist. Somit wird der Lohnzuwachs nicht vollständig auf die Preise überwältzt. Bestehen z. B. Ineffizienzen bei der Preisbildung im Gesundheitswesen, wie eine Marktmacht von Arzneimittelherstellern oder der Leistungserbringer, oder/ und Knappheit an Gesundheitsfachkräften, kann dies ebenfalls eine überproportionale Zunahme der Gesundheitspreise hervorrufen. Im ersten Fall ist allerdings nicht das Wachstum der Reallöhne der Auslöser. Für die angewandte Berechnungsmethodik des relativen Preiseffekts ist jedoch der genaue Wirkungsmechanismus nicht von Belang.

²⁷ Da das Basisjahr 2019 ($t=0$) ist, entspricht $t=31$ dem Jahr 2050.

Nach Ermittlung der Ausgaben pro Kopf einer Alterskohorte j für jedes Jahr t werden die Gesamtausgaben für das Jahr t berechnet. Um die Gesamtausgaben zu ermitteln, werden die Ausgaben pro Kopf einer Alterskohorte zunächst mit der Bevölkerungsanzahl der jeweiligen Alterskohorte multipliziert und dann über alle Alterskohorten summiert (vgl. Gleichung (A1.2)). Dies erfolgt getrennt nach Männern und Frauen bevor im Anschluss das Total der Gesundheitsausgaben gebildet wird.

$$A(t) = \sum_j \frac{A(t,j)}{\text{Bev}(t,j)} * \text{Bev}(t,j)$$

(A1.2)

Arbeitspapiere der EFV

Neue Reihe

(ISSN 1660-8240 bzw. -7937 (Internet))

Nr. 25: Brändle, T., Colombier, C. (2022), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise.

Nr. 24: Bruchez, P.-A. (2018), Impact de l'immigration sur les finances publiques en Suisse.

Nr. 23: Schmidbauer, F., Baur, M., Gaillard, S. (2018), Deindustrialisierung: Langfristige Tendenzen und Auswirkungen der Frankenstärke für die Schweiz.

Nr. 22: Brändle, T., Colombier, C., Baur, M., Gaillard, S. (2018), Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz.

Nr. 21: Brändle, T., Colombier, C. (2017), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045.

Nr. 20: Brändle, T., Colombier, C. (2015), What drives public health care expenditure growth? Evidence from the Swiss Cantons, 1970-2012.

Nr. 19: Colombier, C. (2012), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060.

Nr. 18: Bruchez, P.A., Schlaffer, B. (2012), Endettement public excessif: mieux vaut prévenir que guérir.

Nr. 17: Geier, A. (2011), Konjunktur und Wachstum – Teil 2: Eine empirische Untersuchung für die Schweiz.

Nr. 16: Colombier, C. (2011), Konjunktur und Wachstum – Teil 1: Eine Betrachtung aus theoretischer Sicht.

Nr. 15: Geier, A. (2011), The debt brake – the Swiss fiscal rule at the federal level.

Nr. 14: Geier, A. (2010), Ökonomische Blasen: thematische Übersicht und gegenwärtige Lage in der Schweiz.

Nr. 13: Zeller, R., Geier, A. (2010), Auswirkung eines inflationsbedingten Zinsanstiegs auf die Altersvorsorge – Überlegungen im Zusammenhang mit der aktuellen Finanzkrise.

Nr. 12: Bruchez, P.A (2010), Quatre questions concernant la conception des subventions – Privé versus public, libre choix, politique de l'arrosoir, subventionner les bénéficiaires ou les institutions?

Nr. 11: Bruchez, P.A., Colombier, C., Geier, A., Schlaffer, B. et A. Rey (2009), Politique conjoncturelle de la Confédération.

Nr. 10: Colombier, C. und W. Weber (2008), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050.

Nr. 9: Bruchez, P.A., Colombier, C. und W. Weber (2005), Bundeshaushalt und Inflation.

Nr. 8: Bruchez, P.A. et Ch. Schaltegger (2005), International Tax Competition and Trends in Tax Policy: Some Implications for Switzerland.

Nr. 7: Bruchez, P.A. et D.S Gerber (2004), Sensibilité du 2^{ème} pilier aux chocs inflationnistes – Une discussion qualitative.

Nr. 6: Fischer, R. (2004), Die Unterschiede in der Steuerbelastung der Kantone – Eine Analyse auf der Basis eines mikroökonomischen Haushaltsmodells.

Nr. 5: Geier, A. (2004), Application of the Swiss Fiscal Rule to Artificial Data.

Nr. 4: Colombier, C. (2004), Government and Growth.

Nr. 3: Bruchez, P.A., Gisiger, M. und W. Weber (2004), Die Schweizer Finanzmarktinfrastruktur und die Rolle des Staates.

Nr. 2: Colombier, C. (2004), Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec, überarbeitete Version. (ursprüngliche Version: Nr. 1/2003)

Nr. 1: Weber, W. (2004), Der «Index of Deflation Vulnerability» des IWF – Eine Analyse für die Schweiz.

Alte Reihe

Nr. 7/ 2003: Bodmer, F., Eine Analyse der Einnahmenschwankungen.

Nr. 6/ 2003: Bodmer, F. and A. Geier, Estimates for the Structural Deficit in Switzerland 2002 to 2007.

Nr. 5/ 2003: Colombier, C., Der Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Schweizer Bundeseinnahmen.

Nr. 4/ 2003: Bruchez, P. A., Will the Swiss fiscal rule lead to stabilisation of the public debt?

Nr. 3/ 2003: Bruchez, P. A., A modification of the HP Filter aiming at reducing the end point bias.

Nr. 2/ 2003: Bruchez, P. A., Réexamen du calcul du coefficient k.

Nr. 1/ 2003: Colombier, C., Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec. (überarbeitete Version: Nr. 2, neue Reihe)

Nr. 3/ 2002: Colombier, C., Der «Elchtest» für den Sondersatz der Mehrwertsteuer in der Hotellerie.

