

Demografischer Wandel stellt die Gesundheitspolitik primär in der Pflege vor grosse Herausforderungen

Wie die Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen zeigen, ist besonders die Langzeitpflege der über 65-Jährigen von der Alterung der Bevölkerung betroffen. Im Gesundheitswesen ohne die Langzeitpflege ist der Kostendruck zu gleichen Teilen auf den demografischen Wandel und nicht-demografische Einflussfaktoren wie den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen. Die Gesundheitspolitik ist damit vor grosse Herausforderungen gestellt. Eine höhere Gewichtung der Prävention, Effizienzsteigerungen und eine vorausschauende Personalplanung im Gesundheitswesen – vor allem in der Pflege – könnten für Entlastung sorgen.



Mit der demografischen Alterung wird sich der Druck auf die Gesundheitsausgaben, die bereits in der Vergangenheit einer dynamischen Entwicklung unterworfen waren, weiter verstärken.

Foto: Keystone

- 1 Für eine ausführliche Darstellung der Projektionen vgl. Colombier (2012).
- 2 Mit der neuen Spitalfinanzierung soll der Wettbewerb zwischen den Spitälern und die Transparenz gefördert werden. Wesentlicher Baustein sind die seit Beginn 2012 eingeführten leistungsorientierten Fallkostenpauschalen im Spitalbereich (Diagnosis-Related-Groups).

Das Gesundheitswesen ist – neben der Alterssicherung (z.B. AHV) – am stärksten von der Alterung der Bevölkerung betroffen. Gemäss dem mittleren Demografieszenario (A-00-2010) des Bundesamts für Statistik (BFS) wird der Anteil der über 80-Jährigen von 5% im Jahr 2010 auf 12% im Jahr 2060 ansteigen. Dies wird einen erheblichen Druck auf die Gesundheitsausgaben ausüben. Dazu gesellt sich eine überaus dynamische Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit. Zwischen 1960 und 2009 haben sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen im Verhältnis zum Bruttoinlandpro-

dukt (BIP) von 4,8% auf 11,4% mehr als verdoppelt. Dies zeigt, dass im Gesundheitswesen auch anderen Kostentreibern – wie etwa dem medizinisch-technischen Fortschritt – eine erhebliche Bedeutung zukommt.

Angesichts dieser Herausforderungen hat der Bundesrat nun zum zweiten Mal Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen vorgelegt (siehe *Kasten 1*). Diese umfassen Ausgabenprojektionen für das gesamte Gesundheitswesen und die öffentliche Hand von 2009 bis 2060.¹ Dieser Zeitraum wurde gewählt, um die Folgen der Alterung der Bevölkerung – insbesondere bedingt durch die Baby-Boomer-Generation – zu erfassen. Dabei wird einerseits mit der Annahme gearbeitet, dass sich die geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht ändern. Zugleich werden die Kosteneffekte kürzlich beschlossener Massnahmen – wie der neuen Spitalfinanzierung (Fallkostenpauschalen) – untersucht.² Die Entwicklungsszenarien sollen damit auf strategische Stellgrössen hinweisen, über welche die Politik die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bremsen kann.



Dr. Carsten Colombier
Economic Adviser,
Ökonomische Analyse
und Beratung, EFV
und FiFo Policy-Fellow,
FiFo Köln

Projektionsmethodik

In Anlehnung an die international übliche Praxis wurden die Ausgaben für die Gesundheit getrennt nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege und die Langzeitpflege der über 65-Jährigen projiziert.³ In diesen beiden Bereichen wirken teilweise unterschiedliche Kostentreiber. Um die Sensitivität der Gesundheitsausgaben hinsichtlich der einzelnen Kostentreiber zu verdeutlichen und eine Idee über die Unsicherheit der Projektionen zu gewinnen, wurden verschiedene Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen konstruiert. Darüber hinaus wurden Effizienzsznarien erstellt, in welchen die Wirkungen gesundheitspolitischer Massnahmen grob abgeschätzt werden sollen. Die Annahmen für makroökonomische Kennzahlen wie das BIP stammen aus den Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz.⁴ Zur Ermittlung der demografischen Auswirkungen wurde das mittlere Basisszenario A-00-2010 des BFS herangezogen. Dem Migrationsszenario, in dem die Kosteneffekte einer erhöhten Nettoeinkommenswanderung (ca. +20 000 p.a.) geschätzt werden, liegt das Demografieszenario A-17-2010 des BFS zugrunde.

Ein grosses Augenmerk lag auf dem Zusammenhang zwischen der Morbidität, welche ein Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist, und der Veränderung der Lebenserwartung. Aufgrund der bestehenden Unsicherheit über diesen Zusammenhang wurden in beiden Gesundheitsbereichen neben dem Referenzszenario drei weitere Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustands entworfen (siehe *Kasten 2*).

Aufgrund eines absehbaren Engpasses beim Gesundheitspersonal – insbesondere im Pflegebereich – wurde ein Lohndruckszenario erstellt.⁵ Darin wird angenommen, dass ab 2020 die Löhne für Gesundheitsfachkräfte um jährlich 20% und für Pflegefachkräfte um jährlich 30% stärker als in der Gesamtwirtschaft steigen.⁶

Zudem wird für die Gesundheit ohne Langzeitpflege davon ausgegangen, dass die Ausgaben jährlich um 10% stärker als das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung – ausgedrückt als BIP pro Kopf – steigt. Dieser Annahme liegt die Hypothese zugrunde, dass eine Gesellschaft mit steigendem Wohlstand bereit ist, mehr für die Gesundheit aufzuwenden. Für die Langzeitpflege wird unterstellt, dass kein Produktivitätsfortschritt herrscht und damit der Baumoleffekt – ein spezieller Preiseffekt – vollständig wirksam ist (siehe *Kasten 3*).

Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen

Unabhängig vom Szenario nehmen die Gesundheitsausgaben deutlich zu. Im Referenzszenario steigen die Ausgaben von 2009 bis 2060 in Prozent des (konjunkturbereinigten) BIP von 11,3% auf 15,8% an (siehe *Tabelle 1*). Dieser Ausgabenanstieg ist jeweils ungefähr zur Hälfte durch demografisch bedingte Kostentreiber wie Alterung und Morbidität sowie auf nicht-demografische Kostentreiber – etwa die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten, der medizinisch-technische Fortschritt und der Baumoleffekt – zu erklären. Dabei reagieren die Ausgaben stark auf eine Veränderung der Morbidität und der Lohnkosten. Im Szenario *Compression of Morbidity* liegt die Ausgabenzunahme bis zum Jahr 2060 um über 40% (-2,0% des BIP) unterhalb der projizierten Ausgaben des Referenzszenarios, während sie im Lohndruckszenario etwa 30% (+1,4% des BIP) darüber liegen. Bei einer erhöhten Nettoeinkommenswanderung wird die zusätzliche Dynamik des BIP durch die zugewanderten Arbeitskräfte grösstenteils durch die mit der höheren Bevölkerungszahl steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen kompensiert. Gegenüber dem Referenzszenario wird der Ausgabenanstieg im Migrationsszenario nur wenig gedämpft (-0,4% des BIP).

Die Bedeutung der Kostentreiber ist für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege ähnlich wie im gesamten Gesundheitswesen, mit dem Unterschied, dass im Referenzszenario nicht-demografische Kostentreiber – hier der Einkommenseffekt – sogar rund 60% des Ausgabenanstiegs von 1,8% des BIP von 2009 bis 2060 erklären. Im Gegensatz dazu sind die Ausgaben für die Langzeitpflege überwiegend von demografischen Faktoren getrieben. So sind im Referenzszenario drei Viertel des Ausgabenanstiegs von 2,7% des BIP durch den demografischen Wandel erklärbar. Rund ein Drittel des Anstiegs ist auf den Baumoleffekt zurückzuführen; das zeigt, dass nach der Alterung die Lohnkosten die wichtigste Rolle in der Langzeitpflege spielen. Entlastend wirkt jedoch die mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung angenommene Verbesserung ihres Gesundheitszustands. Die Bedeutung der Morbidität (bzw. Pflegebedürftigkeit) für die Langzeitpflege zeigt sich darin, dass im Gegensatz zur Gesundheit ohne die Langzeitpflege das Szenario mit dem höchsten Ausgabenzuwachs das Pure-Ageing-Szenario mit einem Anstieg von 3,4% des BIP ist.

Der Druck der demografischen Entwicklung lastet also insbesondere auf den Ausgaben für die Langzeitpflege. Entsprechend

Kasten 1

Entwicklungsszenarien

Nachdem der Bundesrat erstmals im Jahr 2008 im Rahmen der Legislaturfinanzplanung 2009-2011 Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen veröffentlicht hat, liegen mit dem Legislaturfinanzplan 2013-2015 nun zum zweiten Mal Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen vor (vgl. BR 2008; BR 2012). Die Entwicklungsszenarien basieren auf dem im April 2006 in Kraft getretenen Artikel 8 der Finanzhaushaltsverordnung. Danach soll der Bundesrat periodisch, aber mindestens alle vier Jahre für ein Aufgabenfeld des Staates Entwicklungen mit ihren finanziellen Folgen und mögliche Steuerungs- und Korrekturmassnahmen aufzeigen, die über den Horizont der Finanzplanung hinausgehen.

Kasten 2

Lebenserwartung und Gesundheitszustand

Gemäss den Demografieszenarien des BFS nimmt die Lebenserwartung zu. Über den Zusammenhang zwischen der Zunahme der Lebenserwartung und der Veränderung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (Morbidität) existieren unterschiedliche Theorien (vgl. z.B. Colombier/Weber, 2010, 248f.). Diese werden in den vorliegenden Projektionen durch unterschiedliche Szenarien erfasst. Im Referenzszenario wird eine Kompromissannahme über diesen Zusammenhang getroffen. Danach kann die Bevölkerung die Hälfte der gewonnenen Lebenszeit in einem guten Gesundheitszustand verbringen. In den weiteren Morbiditätsszenarien werden die folgenden vom *Referenzszenario* abweichenden Annahmen getroffen:

- *Pure Ageing*: Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert sich trotz steigender Lebenserwartung gegenüber dem Basisjahr. Die gewonnene Lebenszeit wird bei schlechter Gesundheit verbracht (Ausweitung der Morbidität).
- *Healthy Ageing*: Die gesamte gewonnene Lebenszeit wird bei guter Gesundheit erlebt (relative Verringerung der Morbidität).
- *Compression of Morbidity*: Die Lebenszeit, welche die Bevölkerung in Krankheit oder als Pflegefall verbringt, nimmt gegenüber dem Basisjahr ab. Die Bevölkerung kann über die gewonnene Lebenszeit hinaus noch zusätzliche Zeit bei guter Gesundheit verbringen (absolute Verringerung der Morbidität).

Tabelle 1

Ausgaben im Gesundheitswesen im Jahr 2060 (in % des BIP)

Szenario	Gesamte Gesundheit		Gesundheit ohne Langzeitpflege		Langzeitpflege ab 65 Jahren	
	Total	Staat	Total	Staat	Total	Staat
Referenz	15.8%	5.6%	11.4%	3.5%	4.3%	1.9%
Morbidität						
Pure Ageing	16.9%	6.1%	11.8%	3.7%	4.9%	2.1%
Healthy Ageing	14.8%	5.2%	10.9%	3.3%	3.7%	1.6%
Compression of Morbidity	13.8%	4.8%	10.5%	3.2%	3.2%	1.4%
Migration	15.4%	5.5%	11.2%	3.5%	4.1%	1.8%
Lohndruck	17.1%	6.1%	12.2%	3.8%	4.8%	2.1%
Ausgaben 2009	11.3%	3.5%	9.5%	2.5%	1.5%	0.6%

Anmerkung: Resultate fett unterlegt: Szenario mit dem niedrigsten und höchsten Wert. Staat: Bund, Kantone, Gemeinden und Sozialversicherungen.

Quelle: EFV / Die Volkswirtschaft

Öffentliche Gesundheitsausgaben

Für die öffentlichen Ausgaben ist die Demografie aufgrund des höheren Gewichts der Ausgaben für die Langzeitpflege im öffentlichen Sektor noch bedeutender. So steigen die öffentlichen Ausgaben (gemessen als Anteil zum BIP) relativ stärker als die Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen (60% gegenüber 40% im Referenzszenario). Die öffentlichen Ausgaben legen im Referenzszenario um 2,1% des BIP zu. Wie für die gesamten Gesundheitsausgaben sind sowohl die Entwicklung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (geringster Zuwachs im Szenario Compression of Morbidity: +1,4% des BIP) als auch die Lohnkosten (höchster Zuwachs im Lohndruckszenario: +2,6% des BIP) von grosser Bedeutung. Die Hauptlast des Ausgabenanstiegs entfällt auf Kantone (rund 80%) und Gemeinden (knapp 15%). Der restliche Anstieg wird ungefähr zur Hälfte vom Bund und von AHV/IV (Hilflosenentschädigung, Beiträge an medizinische Leistungen, therapeutische Apparate) getragen. Zu beachten ist dabei, dass aufgrund der Neuregelungen bei der Pflege- und Spitalfinanzierung die Ausgaben der öffentlichen Hand einmalig um ungefähr knapp 0,3% des BIP ansteigen werden.

Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege

Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege setzen sich aus den Ausgaben für die Spitäler, die individuelle Prämienerbilligung (IPV) und übrigen Gesundheitsausgaben wie Ausgaben für die Prävention und Forschung und Entwicklung zusammen (siehe *Grafik 1*). Vereinfachend wurde angenommen, dass Bund und Kantone die IPV je zur Hälfte finanzieren.⁹ Der wesentliche Teil des Ausgabenanstiegs im Referenzszenario ist auf die hauptsächlich von den Kantonen finanzierten Beiträge an die Spitäler zurückzuführen (knapp +0,6% des BIP). Der geringere Teil der Zunahme entfällt auf die Ausgaben für die IPV, welche um 0,3% des BIP zulegen. Die Ergebnisse für die IPV basieren auf den Projektionen der OKP-Ausgaben. Diese nehmen von 2009 bis 2060 von 3,3% des BIP auf 4,6% des BIP zu.

Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege

Auffällig ist, dass sich gemäss Referenzszenario der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege im Zeitraum von 2009 bis 2060 mit einem Anstieg von 17% auf 33% fast verdoppelt. Gemessen als Anteil zum BIP

stark steigt deren Anteil an den Gesamtausgaben: von 14% im Jahr 2009 auf 27% bis zum Jahr 2060. Demgegenüber sinkt der Anteil der Gesundheit ohne Langzeitpflege von 67% auf 59%.

Als Finanzierungsträger ist besonders der Staat betroffen, dessen Finanzierungsanteil an den gesamten Gesundheitsausgaben zwischen 2009 und 2060 gemäss Referenzszenario von 31% auf 36% steigt. Verantwortlich dafür sind der höhere Anteil der Langzeitpflege an den öffentlichen Gesundheitsausgaben und die Neuregelungen bei der Pflege- und Spitalfinanzierung.⁷ Der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verharrt praktisch konstant bei 29%.⁸ Der Anteil der restlichen Finanzierungsträger (private Haushalte, Suva, Zusatzversicherungen) sinkt von 40% auf 35%.

- 3 Vgl. AWG EU (2009). Falls nicht anders ausgeführt, wird im Folgenden der Begriff «Langzeitpflege» als Synonym für die Langzeitpflege der über 65-Jährigen verwendet.
- 4 Vgl. Geier (2012).
- 5 Hierfür verantwortlich sind v.a. die Überalterung von Bevölkerung und Pflegepersonal. Allein aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung rechnen Jaccard und Weaver (2010, 11) mit einem Zusatzbedarf von 50 000 Fachkräften, wovon 90% für den Pflegebereich benötigt werden.
- 6 Gemäss dem Demografieszenario A-00-2010 des BFS ist 2022 das erste Jahr mit rückläufiger Erwerbsbevölkerung.
- 7 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist seit Anfang 2011 in Kraft (vgl. BG 2008, Fn. 2).
- 8 Um Doppelzählungen zu vermeiden, sind die Ausgaben der OKP um die Kostenbeteiligung der Versicherten und die Ausgaben für die individuelle Prämienerbilligung (IPV) bereinigt worden. Letztere werden von Bund und Kantonen getragen.
- 9 Aufgrund des grossen Handlungsspielraums der Kantone bei der IPV ist die Entwicklung ihres Beitrags nur schwer vorhersagbar (vgl. BR, 2008, *Kasten 3*).

Kasten 3

Baumol- und Einkommenseffekt

Baumoleffekt

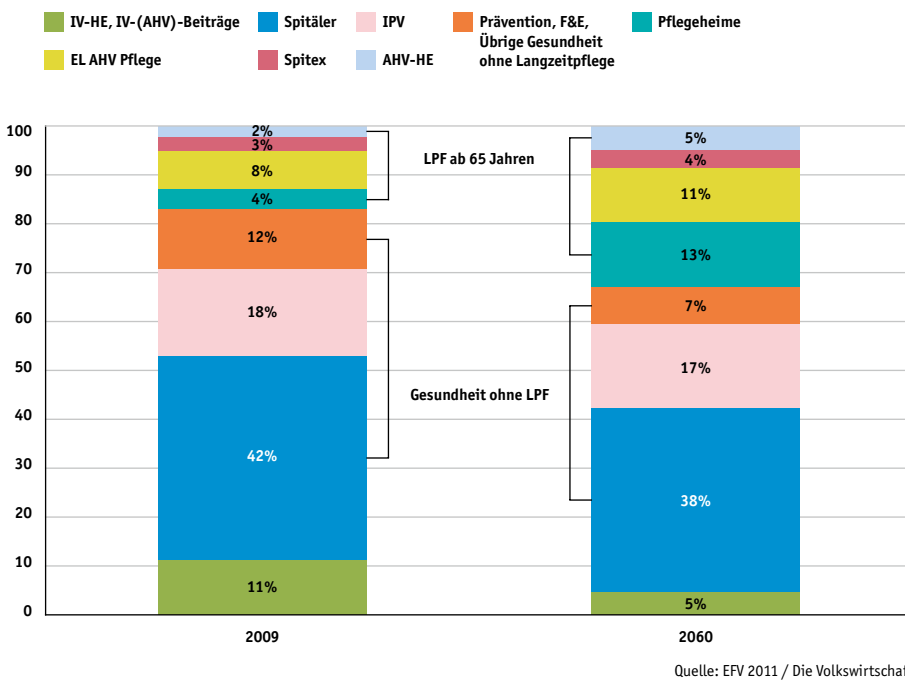
Dieser angebotsseitige Effekt besagt, dass die Preise in einigen arbeitsintensiven Branchen – wie dem Gesundheitswesen – stärker als in anderen Branchen steigen (Baumol, 1967). Dies lässt sich wie folgt erklären: Eine relativ unelastische Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht eine über den annahmegemäss tiefen Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen hinausgehende Lohnsteigerung. Gewöhnlich wird davon ausgegangen, dass die Reallöhne im Gesundheitswesen mit dem höher liegenden Produktivitätsfortschritt der Gesamtwirtschaft wachsen. Die Preissteigerung im Gesundheitswesen übersteigt dann die allgemeine Inflationsrate um die Differenz zwischen dem gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt und dem Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen. Ein vollständiger Baumoleffekt liegt vor, wenn es keinen Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen gibt.

Einkommenseffekt

Empirisch lässt sich ein positiver überproportionaler Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und den Gesundheitsausgaben beobachten. Allerdings ist es anhand der Daten schwierig, zwischen der vom Einkommen abhängigen Nachfrage und den Angebotseffekten, welche sich im Einkommen niederschlagen, zu unterscheiden. Daher wird davon ausgegangen, dass im Einkommenseffekt eine Vielzahl von angebots- und nachfrageseitigen Kostentreibern erfasst werden, so z.B. der medizinisch-technische Fortschritt, die zunehmenden Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen oder die aufgrund von Informationsasymmetrien – etwa zwischen Arzt und Patient – durch Anbieter im Gesundheitswesen zusätzlich hervorgerufene Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.

Grafik 1

Struktur der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Referenzszenario (in %)



verdreifachen sich die Ausgaben sogar von 0,6% auf 1,9%. Verantwortlich dafür ist neben dem demografischen Wandel und dem Baumoleffekt zu einem geringeren Teil die Neuordnung der Pflegefinanzierung (knapp +0,1% des BIP). Ansonsten wirken dieselben Kostentreiber wie für den gesamten Bereich der Langzeitpflege.

Dabei entwickeln sich insbesondere die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Pflegeheime äusserst dynamisch. Die Beiträge von Kantonen und Gemeinden an die Spitex (ambulante Krankenpflege), die kantonalen Pflegebeiträge an die Ergänzungsleistungen der AHV und die Hilflosenentschädigung der AHV nehmen ebenfalls deutlich zu.

Internationaler Vergleich

Ein Vergleich mit den aktuellen Ausgabenprojektionen der EU für die 15 westlichen EU-Mitgliedsländer von 2007 bis 2060 zeigt, dass der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben der Schweiz (hier: plus Ausgaben der OKP) höher als in den 15 westlichen EU-Staaten ausfällt (Gesundheit ohne Langzeitpflege CH: +1,7% des BIP, EU-15: +1,5% des BIP).¹⁰ Dies gilt insbesondere für die Langzeitpflege (CH: +1,8% des BIP, EU-15: +1,2% des BIP). Verantwortlich dafür könnten eine konservativere Annahme über den Schweizer Produktivitätsfortschritt oder höhere Gesundheitsausgaben für die ältere Bevölkerung im Basisjahr 2009 sein.

Potenzielle Wirkungen von Reformmassnahmen

Auf Basis von empirischen Analysen und Expertenwissen wurde versucht abzuschätzen, wie sich langfristig Fallkostenpauschalen im Spitalbereich, die Strategie eHealth des Bundesrates (Einführung eines elektronischen Patientendossiers) und die Förderung von Managed-Care-Modellen¹¹ in der OKP auf die Gesundheitsausgaben auswirken.¹² Um die Unsicherheit der kostendämpfenden Wirkungen dieser Massnahmen zu berücksichtigen, wurden zwei Effizienzszenerien berechnet: ein moderates Szenario, bei dem bis 2020 von einer Kosteneinsparung gegenüber den projizierten Ausgaben des Referenzszenarios um 10% ausgegangen wird, und ein optimistisches Szenario mit einer Einsparung von 20%. Die Hälfte dieser Einsparungen soll durch eine deutliche Anhebung der in Managed-Care-Modellen OKP-Versicherten erreicht werden, deren Anteil derzeit 10% beträgt. Mit einem bis 2060 um 0,6% des BIP im optimistischen Szenario bzw. um 0,3% im moderaten Szenario geringeren Ausgabenanstieg als im Referenzszenario ist der Einspareffekt relativ bescheiden. Zum Vergleich: Im *Healthy-Ageing-Szenario* würde die Einsparung gegenüber dem Referenzszenario immerhin 1,0% des BIP betragen. Bei den öffentlichen Ausgaben wäre der Einspareffekt im Verhältnis sogar noch geringer.

Kasten 4

Literatur

- AWG, Ageing Working Group of the Economic Policy Committee und European Commission (2009): Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States 2008–2060, in: *European Economy* 2/2009.
- Baumol W. J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: *American Economic Review*, 57(3), S. 415–26.
- Beck K., Käser U., Trottmann M., von Rotz St. (2009): Effizienzsteigerung dank Managed Care, in: *Datamaster*, Edition 5, S. 15–21.
- BG, Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 01. Juni 2008.
- BR, Schweizerischer Bundesrat (2008): Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen, in: *Legislaturfinanzplan 2009–11*, Kapitel 5 und Anhang 7.
- BR, Schweizerischer Bundesrat (2012): Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen, in: *Legislaturfinanzplan 2013–15*, Kapitel 9.1.2 und Anhang 7.
- Colombier C. (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 18, Eidgenössische Finanzverwaltung, erscheint im Frühjahr 2012.
- Colombier C., Weber W. (2011): Projecting Health-Care Expenditure for Switzerland: Further Evidence Against the «Red-Herring» Hypothesis, in: *The International Journal of Health Planning and Management*, 26, S. 245–263.
- Geier A. (2012): Langfristige Perspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz, in: *Die Volkswirtschaft*, 3-2012, S. 4 ff.
- Jaccard Ruedin H., Weaver F. (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society – Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?, *Careum Working Paper Nr. 1*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kirchgässner G., Gerritzen B. (2011): Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO.
- RFA, EcoPlan und empirica (2010): Regulierungsfolgenabschätzung zur Umsetzung der Strategie «ehealth», Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG und des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO, 17.11.2010.

Könnten Produktivitätsfortschritte in der Langzeitpflege erzielt werden, die z.B. den Baumoleffekt um die Hälfte dämpfen würden, so liessen sich spürbarere Einsparungen gegenüber dem projizierten Ausgabenanstieg gemäss Referenzszenario erzielen, welche 1% des BIP für das gesamte Gesundheitswesen und 0,4% für den Staat ausmachen würden.¹³

Vergleich mit den Entwicklungsszenarien 2008

Ein wesentlicher Unterschied zu den ersten Entwicklungsszenarien aus dem 2008 ist, dass das BFS seine Projektionen für den Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung nach oben revidiert hat. Daher fällt der Ausgabenanstieg vergleichbarer aktueller Projektionen gegenüber dem Referenzszenario aus dem Jahr 2008 höher aus, und zwar um gut 0,5% des BIP für das gesamte Gesundheitswesen und um 0,3 des BIP für den Staat. Bei einem direkten Vergleich mit dem aktuellen Referenzszenario wird diese Entwicklung jedoch durch einen gegenläufigen Basisjahreffekt überlagert.¹⁴

Fazit

Die Ergebnisse der Projektionen legen nahe, dass im Gesundheitswesen zukünftig ein erheblicher Kostendruck – sowohl vom demografischen Wandel als auch von nicht-demografischen Kostentreibern – ausgeübt wird. Bei der Langzeitpflege ist der demografische Wandel der Hauptkostentreiber, was sich im besonderen Masse beim Staat niederschlägt. Zusatzlasten bei der öffentlichen Hand kommen primär auf die kantonalen Haushalte zu. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten insbesondere darauf abzielen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch Prävention zu verbessern, den Lohndruck über eine vorausschauende Personalplanung zu mindern und Produktivitäts- und Effizienzsteigerungen – z.B. über den effizienten Einsatz neuer Technologien und das Setzen von Anreizen zu kostensparendem Verhalten der Leistungserbringer – zu erzielen. Auch könnte der Kostendruck auf die Langzeitpflege durch eine Stärkung der ambulanten und informellen Pflege gesenkt werden.

10 Vgl. AWG EU (2009). Die Ausgaben der OKP werden zur besseren Vergleichbarkeit der Projektionsergebnisse berücksichtigt. Im Gegensatz zur Schweiz wird in den EU-Staaten die obligatorische Krankenversicherung in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zum Staatssektor gezählt.

11 Managed-Care-Modelle liegen vor, wenn die Versicherten für den Einlass in die ambulante Gesundheitsversorgung einen bestimmten Arzt (z.B. den Hausarzt) akzeptieren.

12 Für Kosteneffekte dieser Massnahmen vgl. Beck et al. (2009), RFA (2010), Kirchgässner/Gerritzen (2011).

13 Jaccard-Ruedin/ Weaver (2009, 12) weisen auf die Möglichkeit von Produktivitätsgewinnen in der Langzeitpflege hin.

14 Überschätzung der Ausgabenentwicklung bis 2009; Revision der Finanzstatistik 2008.

Preiswert tagen in der schönsten Barockstadt der Schweiz.

Solothurn: zentral – preiswert – charmant!

Solothurn Services bietet Anlassplanung aus einer Hand

- Schnell, massgeschneidert und kostenlos
- Individuelle Beratung und Evaluation der optimalen Lokalität
- Wir unterstützen Sie bei der Gestaltung von Rahmenprogrammen
- Profitieren Sie von unseren Kenntnissen der Region
- Sie haben im Vorfeld nur eine Kontaktperson

Solothurn
SERVICES

Solothurn Services
c/o Region Solothurn Tourismus
Hauptgasse 69 · CH-4500 Solothurn
Telefon +41 32 626 46 66
info@solothurnservices.ch
www.solothurnservices.ch

