

Stat Santé

Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in der Schweiz



**Gesundheitskosten
in der Schweiz:
Entwicklung von
1960 bis 2000**

1 | 2003



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica

OFS BFS UST

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz» gliedert sich in folgende Fachbereiche:

- 0 Statistische Grundlagen und Übersichten
- 1 Bevölkerung
- 2 Raum und Umwelt
- 3 Arbeit und Erwerb
- 4 Volkswirtschaft
- 5 Preise
- 6 Industrie und Dienstleistungen
- 7 Land- und Forstwirtschaft
- 8 Energie
- 9 Bau- und Wohnungswesen
- 10 Tourismus
- 11 Verkehr und Nachrichtenwesen
- 12 Geld, Banken, Versicherungen
- 13 Soziale Sicherheit
- 14 Gesundheit
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur, Medien, Zeitverwendung
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19 Rechtspflege
- 20 Einkommen und Lebensqualität der Bevölkerung
- 21 Nachhaltige Entwicklung und regionale Disparitäten

Gesundheitskosten in der Schweiz

Entwicklung von 1960 bis 2000

Revidierte Zeitreihen

Bearbeitung Raymond Rossel, Nicolas Siffert, BFS

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: Raymond Rossel, BFS, Tel. 032 713 67 77
Dieses Dokument kann auch via Internet unter der Adresse
www.healthstat.admin.ch eingesehen und heruntergeladen werden

Autoren: Raymond Rossel, Nicolas Siffert, BFS
Realisierung: Raymond Rossel, Nicolas Siffert, BFS
Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer: 516-0301
Preis: Gratis
Reihe: Statistik der Schweiz
Fachbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Französisch
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Titelgrafik: BFS
Grafik/Layout: BFS
Copyright: BFS, Neuchâtel 2003
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet

ISBN: 3-303-14074-X

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5	3	Berechnungsmethode	26	
1	Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens	6	4	Datenquellen und Bibliografie	29
1.1	Kosten nach Leistungserbringern	6	Liste der Tabellen und Grafiken (auf dem Internet und in einer separaten Broschüre verfügbar)		30
1.2	Gesundheitsausgaben nach Leistungen	8			
1.3	Finanzierung nach Direktzahlern	9			
1.4	Finanzierung aus volkswirtschaftlicher Sicht	10			
1.5	Betrachtung nach Realkosten	12			
1.5.1	Gemessen am Bruttoinlandprodukt	12			
1.5.2	Gemessen am Verbraucherpreisindex	13			
1.5.3	Kosten-, Preis- und Lohnindizes	15			
2	Methodische Aspekte der Retropolation	18			
2.1	Klassifizierung der Gesundheitskosten nach Leistungserbringern	18			
2.2	Klassifizierung der Gesundheitsausgaben nach Leistungen	19			
2.3	Klassifizierung der Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlern	22			
2.4	Klassifizierung der Finanzierung des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht	24			

Einleitung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) entwickelte zu Beginn der 90er-Jahre ein Konzept zur Modellierung der Kosten des Gesundheitswesens und publiziert nun seit rund zehn Jahren die Statistik dazu (BFS, 1993). Diese entspricht der Methodik der Gesundheitskonten der OECD, welche Leistungen und Leistungserbringer des Gesundheitswesens definiert. Die Gesundheitskonten geben Antwort auf die drei folgenden grundlegenden Fragen:

Woher stammt das Geld? (Finanzierungsträger)

Wohin geht das Geld? (Leistungserbringer)

Welche Leistungen (definiert nach ihrer Funktion) wurden erbracht und welche Güter gekauft?

Das BFS publizierte in den 90er-Jahren detaillierte Ergebnisse für die Periode 1985-1998 (BFS, 1994-98). Für die Periode 1960-1984 wurden die wichtigsten Kennziffern der Gesundheitskosten – gegliedert nach Direktzahlern, Leistungserbringern, Arten der verbrauchten Güter und Dienstleistungen und wirtschaftlichen Lastenträgern – geschätzt (Huber, 1994).

Das schweizweite Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes KVG 1996 und die Harmonisierung der Methodik der Gesundheitskonten auf internationaler Ebene (OECD, EUROSTAT) machten eine Totalrevision des Konzepts der Gesundheitskostenstatistik unumgänglich. Die Kosten des Gesundheitswesens nach dieser revidierten Methodik wurden erstmals im Jahr 2002 veröffentlicht. Diese erste Publikation umfasst eine kurze Quellen- und Methodenbeschreibung sowie die detaillierten Ergebnisse und die Entwicklung für die Jahre 1995 bis 1999 (BFS, 2002).

Die Revision des Konzepts der Gesundheitskostenstatistik beinhaltete Änderungen der drei Grundklassifikationen – Leistungserbringer, Leistungen (Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens) und Direktzahler. In jeder Klassifikation wurden Rubriken neu eingefügt oder gestrichen, aggregiert oder desaggregiert. Bei der ergänzenden Finanzierungsanalyse wurde die Klassifikation «Finanzierung nach Träger der wirtschaftlichen Belastung» durch die Klassifikationen «Finanzie-

rung aus der Sicht der Sozialen Sicherheit» und «Finanzierung aus volkswirtschaftlicher Sicht» ersetzt.

Zur Harmonisierung der verschiedenen Zeitreihen für die Periode 1960-2000 empfahl es sich, eine systematische Retropolation¹ auf der Grundlage der neuen Statistiken durchzuführen. Jede Veränderung der Klassifikationen erforderte die Konstruktion einer «Brücke», um eine bestmögliche Kohärenz der langen Zeitreihen zu gewährleisten.

Die vorliegende Publikation umfasst eine vollständige Gliederung der Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1960-2000. Der Analyseteil geht auf gewisse Entwicklungen ein, die aus dem Zahlenmaterial ersichtlich sind. Ein weiterer Abschnitt ist den Quellen und Methoden der Retropolation der Zeitreihen vor 1995 gewidmet. Überblicksweise dargestellt werden der Wechsel und die Entsprechungen zwischen dem alten und dem neuen Schätzmodell für die Gesundheitskosten sowie Berechnungen für die Hauptaggregate der Gesundheitsausgaben, gegliedert nach Leistungserbringern, Leistungen, Direktzahler und Finanzierer aus volkswirtschaftlicher Sicht für die Periode 1960-1994.

Der Text enthält Hinweise auf Tabellen und Grafiken, die in Form einer separaten Broschüre herausgegeben werden: BFS aktuell, Tabellen zur Gesundheitsstatistik, Gesundheitskosten in der Schweiz – Entwicklung 1960-2000, Tabellen der revidierten Zeitreihen. Neuchâtel, Juni 2003, Bestellnummer 532-0306. Die vorliegende Publikation und der separate Anhang können auch von der Webseite des BFS unter der Adresse www.healthstat.admin.ch heruntergeladen werden.

¹ Die Interpolation ist eine Rechenmethode, die es gestattet, Zwischengrößen innerhalb einer Reihe von bekannten benachbarten Größen zu bestimmen. Die Extrapolation berechnet zukünftige Größen anhand einer bekannten Reihe. Die Retropolation hingegen erlaubt es, Vorläufergrößen einer bekannten Reihe zu ermitteln.

1 Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens

In der vorliegenden Studie geht es darum, die strukturellen Veränderungen nachzuzeichnen, die in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts – vor allem gegen dessen Ende – im Gesundheitswesen aufgetreten sind. Es wird analysiert, wie sich die relativen Kostenanteile der einzelnen Akteure (Leistungserbringer, Finanzierungsträger) an den gesamten Gesundheitskosten entwickelt haben. Ein Vergleich dieser Kosten mit dem Bruttoinlandprodukt und dem Konsumentenpreisindex erlaubt, die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors über einen längeren Zeitraum zu verfolgen.

An dieser Stelle werden nur die generellen Entwicklungstrends aufgezeigt. Die vollständigen Ergebnisse, insbesondere die absoluten Zahlen, werden in einer separaten Veröffentlichung in tabellarischer und grafischer Form präsentiert.

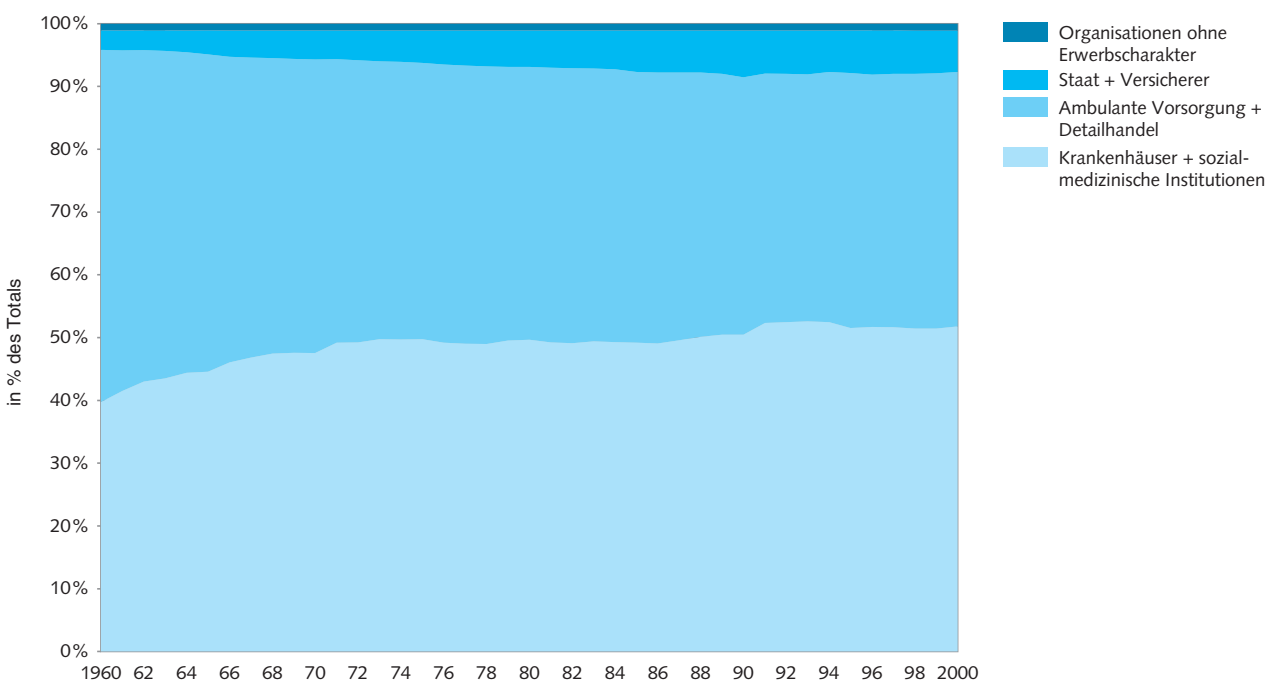
1.1 Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern

Grafik G1 gibt einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Kostenanteile der vier Kategorien von Leistungserbringern im Gesundheitswesen: Spitäler und sozialmedizinische Institutionen, ambulante Dienste und Detailhandel, Staat und Versicherer, private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Über die gesamte Periode 1960-2000 hinweg betrachtet, stieg der prozentuale Kostenanteil der **Spitäler und sozialmedizinischen Institutionen** von 39,7% im Jahr 1960 auf 51,8% im Jahr 2000. Die Gruppe «ambulante Dienste und Detailhandel» weist einen kontinuierlichen Rückgang von 56,0% im Jahr 1960 auf 40,5% im Jahr 2000 auf. Die Ausgaben des Staates und der Versicherer verdoppelten sich von 3,1% im Jahr 1960 auf 6,6% im Jahr 2000, während der Kostenanteil der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit 1,1% stabil blieb.

Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern

G1



Damit hat sich der Anteil der Betriebe der stationären Behandlung an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens

Erhebliche Kostenausweitung bei den Betrieben der stationären Behandlung

über den gesamten Zeitraum hinweg signifikant erhöht: von 39,7% auf 51,8% der Gesamtkosten im Jahr 2000. Der Hauptanstieg erfolgte zwischen 1960 und 1971. Ab 1985 können die Zahlen für den stationären Bereich nach drei Betriebskategorien aufgeschlüsselt

und die Analysen verfeinert werden (s. Tabelle T1c in: BFS aktuell, 2003):

- Der Kostenanteil der **Spitäler** nahm von 1986-1993 noch leicht zu und stabilisierte sich nach 1995. Da die Spitäler in erster Linie Behandlungen mit Beherbergung (stationäre Behandlung) und in geringerem Masse ambulante Leistungen anbieten, verbirgt sich hinter dieser Stabilisierung eine sehr unterschiedliche Entwicklung der beiden Leistungssparten. Tatsächlich sind die Leistungen im stationären Bereich seit Mitte der 90er-Jahre leicht rückläufig, während die Leistungen im ambulanten Sektor eine starke Ausweitung erfahren haben (s. Kap. 1.2 unten).
- Der prozentuale Anteil der **Alters- und Pflegeheime** ist seit 1985 stark gestiegen. Der Hauptteil dieser Zunahme fand vor 1992 statt. In den darauf folgenden Jahren war nur noch eine geringfügige Ausweitung zu verzeichnen. Die teilweise Übernahme dieser Kosten durch die neue Krankenversicherung (KVG) ab 1996 hatte keine nennenswerte Erhöhung in diesem Bereich zur Folge. Als Hauptursachen dieser massiven Steigerung sind die Bevölkerungsalterung, die wachsenden Komfortansprüche, aber auch die Schwächung der familiären und nachbarschaftlichen Solidaritätsnetze zu nennen.
- Der Kostenanteil **der Einrichtungen für Behinderte und sonstigen Betriebe** ist seit 1985 ebenfalls auf dem Vormarsch. Diese Entwicklung dürfte auf die sozialen Ausgrenzungserscheinungen zurückzuführen sein. Zu dieser Kategorie zählt auch eine wachsende Anzahl kleinerer Einrichtungen im sozialpsychiatrischen und Suchtbehandlungsbereich.

Der Anteil der **ambulanten Dienste** und des **Detailhandels** an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens hat sich zwischen 1960 und 1993 stetig verringert, von 56,0% auf 39,3% (vgl. Tabelle T1a in: BFS aktuell, 2003). Diese Entwicklung ist weitgehend komplementär zur Kostenausweitung im stationären Bereich. Seit 1994 nimmt der Anteil dieses Bereichs wieder leicht zu, vermutlich bedingt durch eine Trendwende im Zusammenhang mit den Bestrebungen zur Verkürzung der Hospitalisierungsdauer und zu einem längeren Verbleib im eigenen Heim, welche im Laufe der 90er-Jahre vermehrt zu spüren waren. Bemerkenswert bei den Zeitreihen ab 1985 (vgl. Tabelle T1c in: BFS aktuell, 2003) ist der ziemlich beträchtliche Rückgang des zahnärztlichen Kostenanteils und - etwas weniger ausgeprägt - des Detailhandels von Medikamenten und therapeutischen Apparaten. Der Anteil der Ärzte (17,7%) war im Jahr 2000 gleich gross wie 1985, nachdem er allerdings 1993 auf 16,1% gesunken war.

Anteilmässig ausserordentlich stark gewachsen - von 3,1% im Jahr 1960 auf 6,6% im Jahr 2000 - sind die

Anteil der Leistungen des Staates und der Sozialversicherungen zwischen 1960 und 2000 mehr als verdoppelt

Leistungen des **Staates** (Bund, Kantone, Gemeinden) und der **Sozialversicherungen**. Diese Kostenausweitung überrascht

kaum, entspricht sie doch einem Anstieg des Verwaltungsaufwandes einerseits und der Ausgaben für Prävention und Unfallverhütung andererseits. Hauptursachen des erhöhten Verwaltungsaufwandes sind unter anderem die obligatorische Unfallversicherung (UVG), die 1984 in Kraft trat; die Ausweitung der Invalidenversicherung auf individuelle Wiedereingliederungsmassnahmen und auf Subventionen an Institutionen für Behinderte sowie die Erhöhung der Versicherungsdichte im Krankenversicherungsbereich mit dem Inkrafttreten des KVG. Während die Krankenversicherungsdeckung der Bevölkerung 1960 noch bei 72% lag, beträgt diese mittlerweile seit mehreren Jahren praktisch 100%. Das Inkrafttreten des KVG dürfte 1996 auch eine punktuelle Erhöhung der Verwaltungskosten der Krankenkassen verursacht haben, wobei diese Erhöhung in den folgenden Jahren allerdings wieder korrigiert wurde. Der Staat wiederum sieht sich mit wachsenden Aufgaben in der Spitalplanung und -organisation sowie im Spitex-Bereich konfrontiert. Die Notfalldienste wurden ausgebaut. Auch die Aufgaben im Bereich Prävention und Volksgesundheit haben sich vervielfacht, insbesondere bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (AIDS), beim Personen-Strahlenschutz und in der Lebensmittelkontrolle.

1.2 Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen

Grafik G2 gibt einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Kostenanteile der vier Hauptkategorien von Leistungen im Gesundheitsbereich: stationäre und teilstationäre Behandlung, ambulante Behandlung und Hilfsleistungen, Verkauf von Gesundheitsgütern, Prävention und Verwaltung.

Über die gesamte Periode 1960-2000 betrachtet, stieg der Kostenanteil der stationären Behandlung von 35,7% im Jahr 1960 auf 46,8% im Jahr 2000, während sich der Verkauf von Gesundheitsgütern anteilmässig praktisch halbierte, von 24,2% im Jahr 1960 auf 12,6% im Jahr 2000. Der Anteil der ambulanten Versorgung und der Hilfsleistungen blieb mit 36,6% im Jahr 1960 und 33,1% im Jahr 2000 ziemlich stabil. Eine beträchtliche Ausweitung erfuhr der Bereich Prävention und Verwaltung, dessen Anteil sich von 3,5% im Jahr 1960 auf 7,4% im Jahr 2000 verdoppelte.

Zusammengefasst ist die Entwicklung durch folgende Merkmale geprägt:

- eine mässige Zunahme des Ausgabenanteils für die stationäre Versorgung
- ein mässiger Rückgang des Ausgabenanteils für die ambulante Versorgung

- eine deutliche Verringerung des Ausgabenanteils für Arzneimittel
- eine deutliche Erhöhung des Ausgabenanteils für Prävention und Verwaltung.

Für die Ausgabensteigerung bei der **stationären Versorgung** und die Verringerung bei der **ambulanten Versorgung** und den **Hilfsdiensten** ist die Erklärung dieselbe wie in der Analyse der Kosten nach Leistungserbringern im Gesundheitswesen (s. Kap. 1.1). Die anteilmässige Entwicklung der stationären Behandlung und der ambulanten Behandlung lässt sich sogar etwas präziser verfolgen, da die ambulante Behandlung in den Spitälern seit 1985 separat erfasst wird. Letztere hat sich seit diesem Zeitpunkt verdoppelt, wobei der Anstieg nach 1994 besonders markant ausgefallen ist. Gesamthaft betrachtet ist der Ausgabenanteil für die stationäre Versorgung, einschliesslich diejenige in Alters- und Pflegeheimen sowie in Einrichtungen für Behinderte, seit 1994 leicht rückläufig.

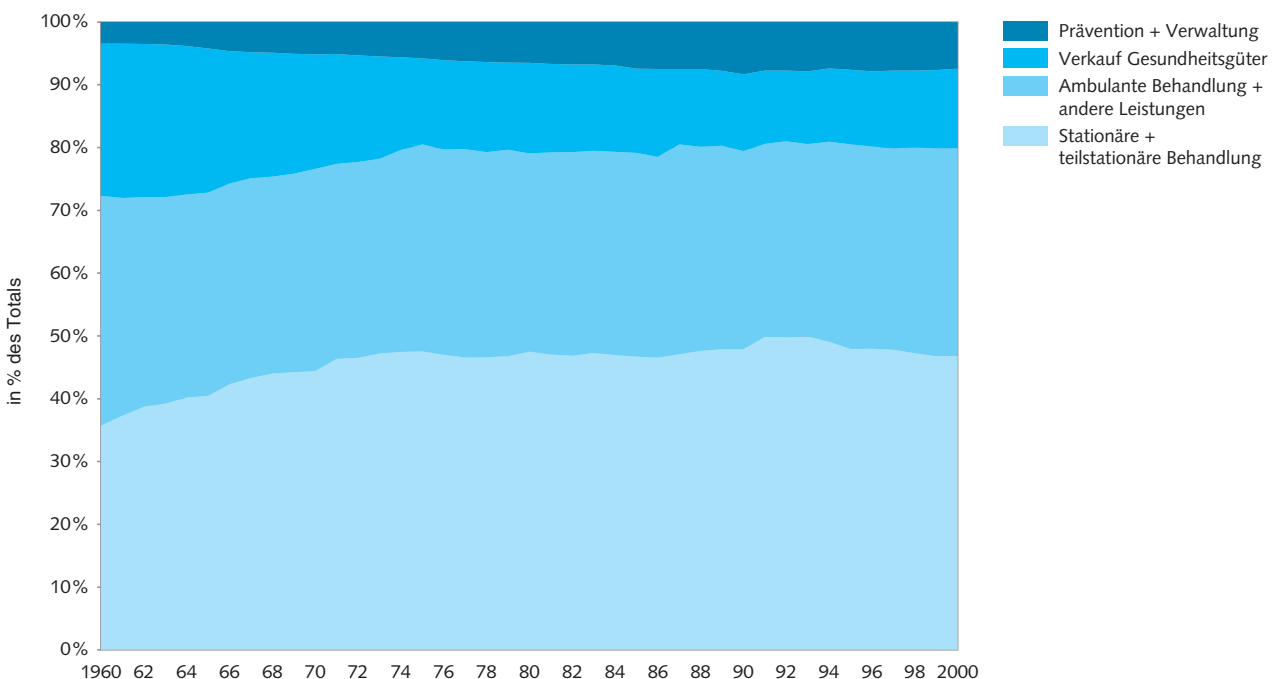
Der prozentuale Anteil der Ausgaben im Zusammenhang mit dem **Verkauf von Gesundheitsgütern** hat sich zwischen 1960 und 2000 insgesamt halbiert. Dieser Rückgang steht im Einklang mit dem allgemeinen Trend

zur Verringerung des Anteils der Industrieproduktion und der Steigerung des Dienstleistungsanteils

Ausgabenanteil für Gesundheitsgüter von 1960 bis 2000 um 50% gesunken

Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen

G2



an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Im Detailhandel mit Arzneimitteln (vgl. Tabelle T 2c in: BFS aktuell, 2003) hat sich der Ausgabenanteil seit 1989 jedoch praktisch stabilisiert (7,7% gegenüber 7,6% im Jahr 2000). Dies dürfte auf einen Kompensationseffekt zwischen den sinkenden Kosten für herkömmliche Arzneimittel und den steigenden Kosten im Bereich der neuen kostspieligen Medikamententherapien (z.B. im Zusammenhang mit AIDS) zurückzuführen sein. Die Kostenentwicklung bei den direkt durch die Ärzteschaft abgegebenen Arzneimitteln verlief eigenartig und sehr unregelmässig. Dieser Ausgabenanteil, der 1987 auf einen Tiefststand von 2,0% sank, scheint seit Mitte der 90er-Jahre stark zuzulegen (vgl. Tabelle T 2c in: BFS aktuell, 2003).

Die Erläuterungen in Kapitel 1.1 betreffend die Zunahme der Aufgaben des Staates und der Sozialversicherungen, die der Kostenausweitung in diesem Bereich zu Grunde liegen, gelten auch für den vergleichbaren Anstieg des Ausgabenanteils für **Prävention** und **Verwaltung**.

1.3 Entwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlern

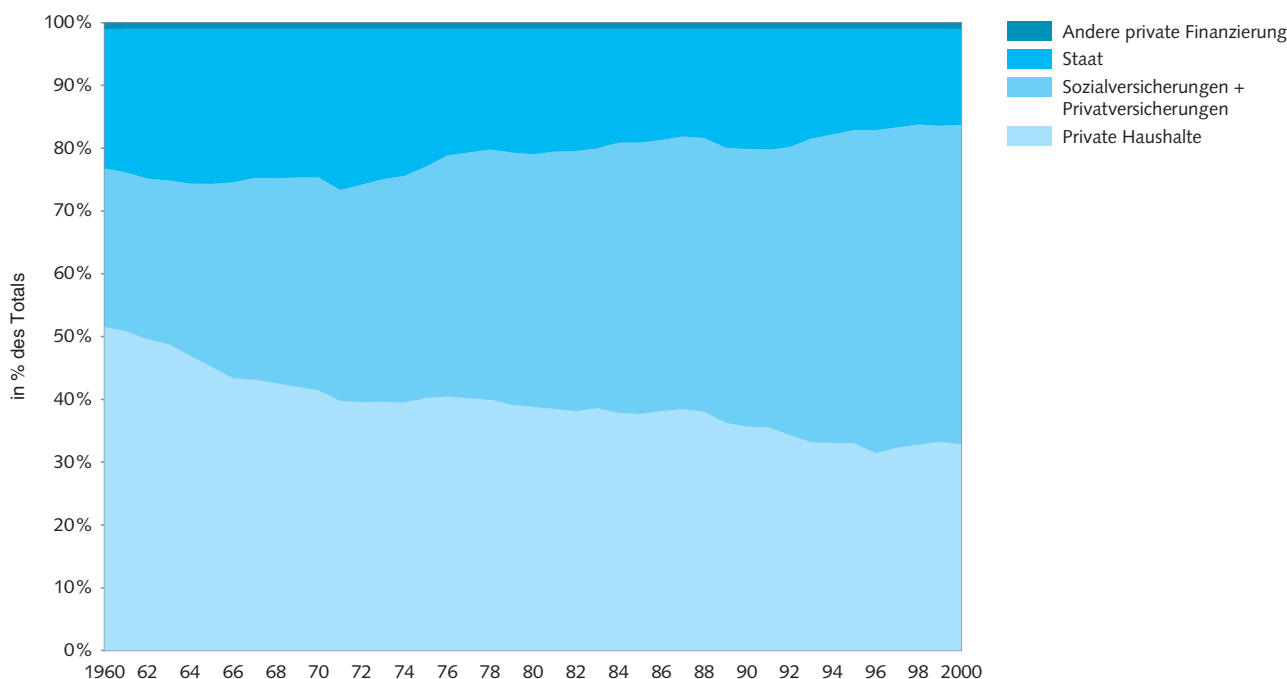
Grafik G3 gibt einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Finanzierungsanteile der vier Hauptkategorien von Direktzahlern: private Haushalte, Sozialversicherungen und private Versicherungen, Staat, andere private Direktzahler.

Über den ganzen Berichtszeitraum 1960-2000 hinweg betrachtet, war der Finanzierungsanteil des Staates leicht rückläufig (von 22,2% im Jahr 1960 auf 15,2% im Jahr 2000). Der prozentuale Anteil der «anderen privaten Direktzahler» blieb mit 1% der Gesamtkosten relativ stabil. Markante Veränderungen sind dagegen bei den Sozialversicherungen und den privaten Versicherungen auszumachen, deren Anteil sich von 25,2% im Jahr 1960 auf 50,9% 2000 verdoppelte. Der Anteil der Haushalte hat sich seit 1960 stetig verringert (von 51,5% auf 32,9% im Jahr 2000).

Die Entwicklung der Finanzierungsstruktur im Zeitraum 1960-2000 ist durch drei Gegebenheiten geprägt, die aller Wahrscheinlichkeit nach strukturelle Veränderungen widerspiegeln: eine klare Zunahme der Leistungsfinanzierung durch die Sozialversicherungen; ein direktes, gemässigt Desengagement des Bundes und einen klar rückläufigen Finanzierungsanteil der privaten Haushalte (vgl. Tabelle T 3a in: BFS aktuell, 2003).

Kosten des Gesundheitswesens nach Direktzahlern

G3



Die Zunahme des Finanzierungsanteils der Sozialversicherungen ist im Wesentlichen das Ergebnis der Ausweitung der Krankenversicherung (Grundversicherung).

Diese teilweise Umverteilung der Finanzierung – insbesondere zwischen Haushalten und Sozialversicherungen – ist in erster Linie auf den Ausbau der

Sozialversicherungen, genauer gesagt auf die Erhöhung der Versicherungsdichte (Prozentsatz der bei einer Krankenkasse versicherten Bevölkerung) zurückzuführen. 1990 war die Ausdehnung der Krankenversicherung auf die gesamte Wohnbevölkerung nahezu abgeschlossen. Die 1960 noch fehlende Absicherung des Krankheitsrisikos für 28% der Bevölkerung – mehrheitlich ältere Menschen – ist die Hauptursache des damaligen Finanzierungsanteils der Haushalte von 47%. Das Spektrum der Leistungen, die von den Sozialversicherungen übernommen werden, hat sich während des Berichtszeitraums nicht wirklich signifikant geändert: Die Leistungen von Altersheimen, Zahnärzten und Organisationen im spitalexternen bzw. Hauspflege-Bereich (Spitex) bleiben im Grossen und Ganzen weiterhin von der Versicherungsdeckung der Sozialversicherungen ausgeschlossen. 1996 ist allerdings ein Bruch in der Zeitreihe zu erkennen. Die Einführung der Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung und die Ausweitung des Leistungskatalogs² im Bereich der Krankenversicherung nach dem Inkrafttreten des KVG erklärt im Wesentlichen die deutliche Zunahme des Anteils der Sozialversicherungen von 49,9% im Jahr 1995 auf 51,5% im Jahr 1996. Die anschliessende Entwicklung ist noch ungewiss.

Die jüngere Entwicklung der Finanzierungsanteile der Krankenversicherung und der privaten Haushalte bedarf einer genaueren Untersuchung (vgl. Tabelle T3c in: BFS aktuell, 2003). Es empfiehlt sich, die **obligatorische Krankenversicherung (KVG)** und die **private Krankenversicherung** in der Analyse der Zeitreihen gesondert zu betrachten. Während sich der Anteil der obligatorischen Krankenversicherung kontinuierlich erhöhte (von 25,4% im Jahr 1985 auf 32,4% im Jahr 2000), ist bei der privaten Krankenversicherung bis 1995 kein signifikanter Trend auszumachen. Die «Privatisierung» der Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer ab 1996 scheint eine Verringerung des Finanzierungsanteils dieser Branche ausgelöst zu haben, verbunden mit einer gleichzeitigen Verlagerung hin zu den privaten Versicherungseinrichtungen. Der insgesamt gesunkene Finanzierungsanteil der **privaten Haushalte** ist ebenfalls differenziert zu be-

trachten: Die Kostenbeteiligung der Versicherten ist in den letzten zehn Jahren beträchtlich gestiegen und hat diesen rückläufigen Trend stark gebremst.

Der Finanzierungsanteil des **Staates** ist über die gesamten vier Jahrzehnte hinweg rückläufig. Obschon darin auch die Kosten der Präventivdienste und der Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens enthalten sind, ist zu bedenken, dass dieser Anteil in erster Linie durch das Ausmass der Subventionen an den Spitalsektor bestimmt wird. So betrachtet, ist ein gewisses finanzielles Desengagement der öffentlichen Hand während des Berichtszeitraums erkennbar, sank doch der Anteil des Staates von 22,2% im Jahr 1960 auf 15,2% im Jahr 1998. Besonders ausgeprägt war die Verringerung zwischen 1971 und 1987 (von 25,6% auf 17,1%), was einem Rückgang um rund 33% entspricht. Bemerkenswert ist auch die praktisch vollständige Stabilisierung seit 1998, die darauf hindeuten dürfte, dass der Anteil der öffentlichen Hand in diesem dualen Finanzierungssystem möglicherweise eine Mindestschwelle erreicht hat³.

1.4 Entwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht

Grafik G4 gibt einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Finanzierungsanteile der drei Hauptkategorien von Direktzahlern aus volkswirtschaftlicher Sicht: private Haushalte, Unternehmen, Staat.

Die Entwicklung der Finanzierungsanteile der drei wichtigsten Wirtschaftsakteure von 1960-2000 lässt sich folgendermassen charakterisieren (vgl. Tabelle T 4a in: BFS aktuell, 2003):

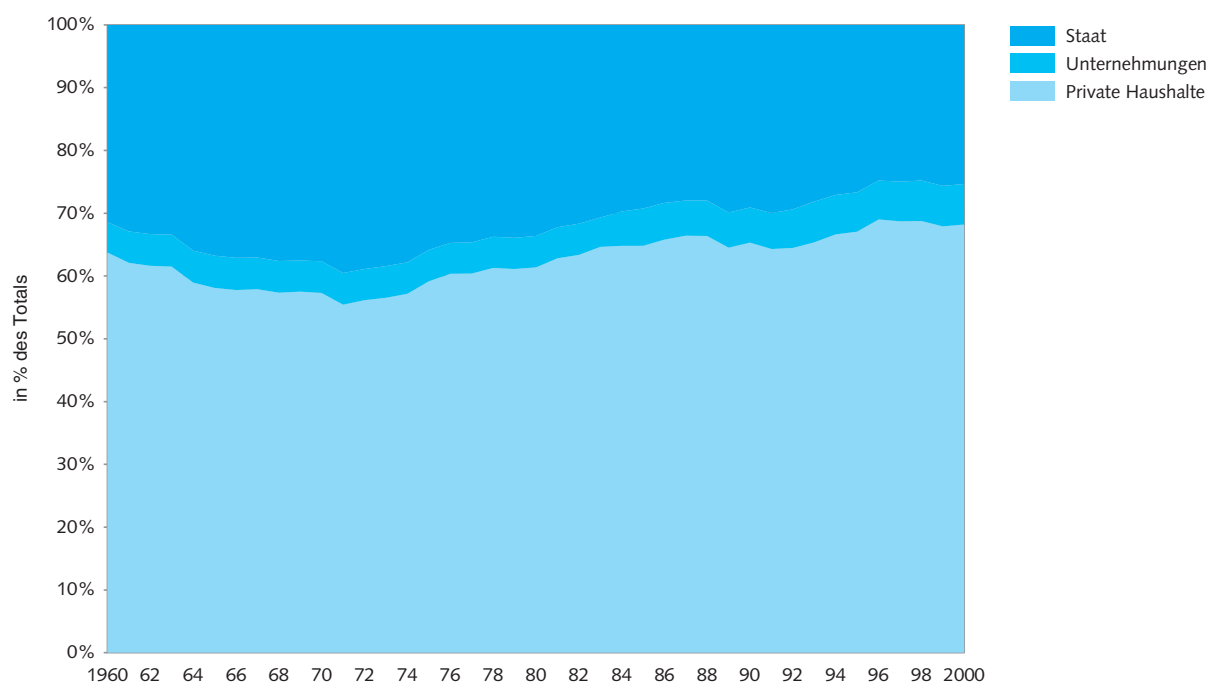
- Der Anteil des Staates nahm von 1960-1971 stetig zu (von 31,4% auf 39,5%) und sank in der Folge ebenso kontinuierlich bis auf 25,3% im Jahr 2000;
- Der Anteil der privaten Haushalte verringerte sich im Zeitraum 1960-1971 von 63,8% auf 55,4% und stieg anschliessend regelmässig bis auf 68,2% im Jahr 2000;
- Der Anteil der Unternehmen blieb relativ stabil, mit einer geringfügigen Erhöhung zwischen 1960 und 2000 von 4,9% auf 6,4%.

² Breitere Abdeckung der Leistungen der sozialmedizinischen Institutionen und im Spitex-Bereich

³ Tariffsystem für stationäre Leistungen, das eine paritätische Beteiligung vorsieht: 50% zu Lasten der Krankenversicherung und 50% zu Lasten der öffentlichen Hand, wobei Investitionskosten nicht angerechnet werden, Art. 49 KVG

Kosten des Gesundheitswesens aus der Sicht der Volkswirtschaft

G4



Aus der Perspektive der Volkswirtschaft treten die Regimes der Sozialen Sicherheit nicht mehr als Direktzahler auf. Die Kosten dieser Regimes werden – entsprechend ihrem Finanzierungssystem – nach dem Staat, den Unternehmen und den privaten Haushalten aufgeschlüsselt:

- Die Krankenversicherung wird durch die Prämien der privaten Haushalte, aber auch durch die Beiträge des Staates zur Prämienverbilligung der Versicherten, finanziert (Staat);
- Die Invalidenversicherung wird zu 50% durch Lohnbeiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und zu 50% durch den Staat bezahlt;
- Die Altersversicherung⁴ wird zu 80% durch Beiträge der Unternehmen (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und zu 20% durch den Staat finanziert;
- Die Unfallversicherung UVG wird durch die Unternehmen finanziert (Arbeitgeber und Arbeitnehmer);
- Die Militärversicherung, die AHV/IV-Ergänzungsleistungen und die Sozialhilfe werden durch den Staat finanziert;
- Die private Krankenversicherung wird durch die privaten Haushalte bezahlt.

⁴ Beiträge zur Förderung der Altershilfe und Subventionen an gemeinnützige private Institutionen für spitalexterne Betreuung und Hilfeleistungen zu Gunsten Betagter (AHVG Art. 101 bis)

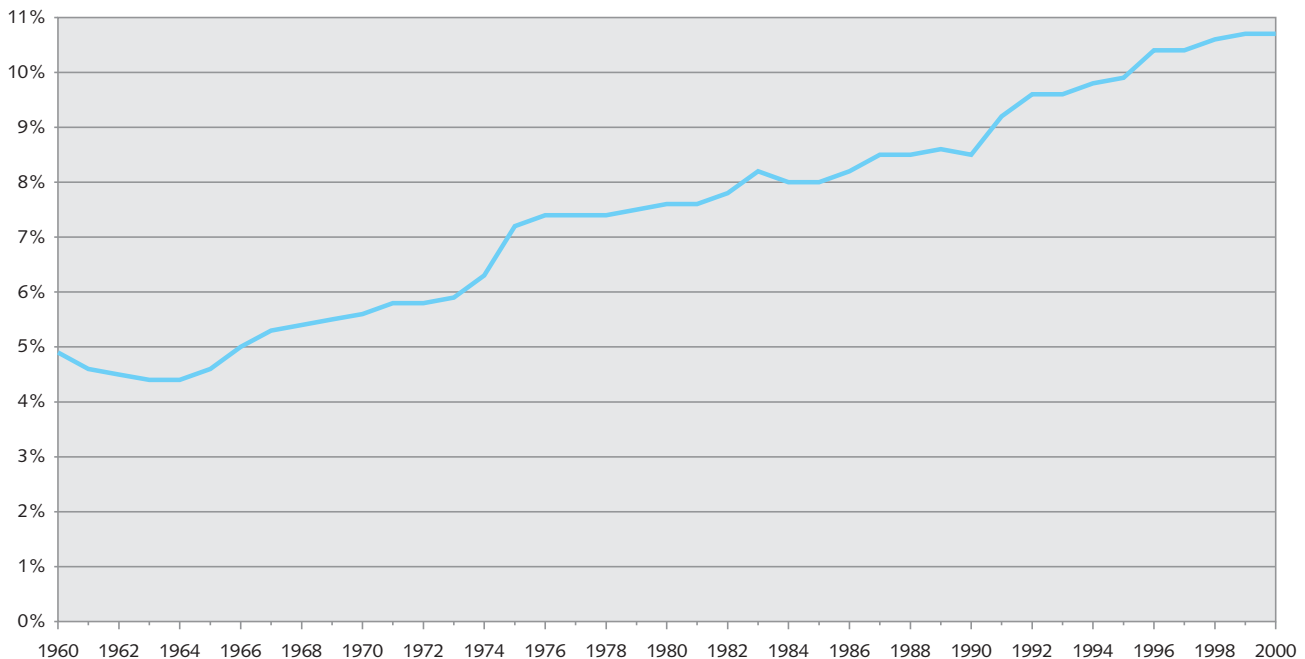
Entgegen der landläufigen Vermutung, der Sozialstaat sei in den letzten Jahrzehnten ausgebaut worden, zeigt

Kein Ausbau des Sozialstaates im Gesundheitsbereich

die Analyse der Finanzierung des Gesundheitswesens, dass der Anteil des **Staates** Ende der 90er-Jahre einen «historischen» Tiefststand (25,3% im Jahr 2000) erreichte und dass er seit 1971, einem Rekordjahr mit 39,5%, allgemein rückläufig ist. Aus der Sicht der Sozialpolitik hat sich die Umverteilungsfunktion der öffentlichen Hand somit tendenziell verringert. Dafür sind die Gesundheitskosten der **privaten Haushalte** im Laufe der Zeit gestiegen. Betragen diese vor 1980 noch rund 60%, so waren es in den vergangenen Jahren bereits 69%.

Kosten des Gesundheitswesens in % des Bruttoinlandproduktes (BIP)

G5



1.5 Betrachtung nach Realkosten

1.5.1 Gemessen am Bruttoinlandprodukt

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) misst den schlussendlichen Wert der Produktionstätigkeit innerhalb einer Volkswirtschaft. Der prozentuale Anteil der Gesundheitskosten am BIP ist ein aussagekräftiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung bzw. den Einsatz der Mittel des Gesundheitswesens. Diese Quote zeigt, welcher prozentuale Anteil der wirtschaftlichen Ressourcen eines Landes für das Gesundheitswesen aufgewendet wird.

Der Anteil der Gesundheitskosten am BIP nahm von 1960-2000 kontinuierlich zu (von 4,9% auf 10,7%). Das schweizerische Gesundheitswesen beanspruchte im Jahr 2000 somit 10,7% der wirtschaftlichen Ressourcen, wobei der Kostenzuwachs im Mittel der Jahre zwischen 1960 und 2000 2,0% betrug (vgl. Grafik G5 und Tabelle T5 in: BFS aktuell, 2003).

Ursachen dieser Kostensteigerung im schweizerischen Gesundheitswesen sind hauptsächlich die Verbesserung der Betreuungs-

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist das Ergebnis der verbesserten Betreuungsqualität und der steigenden Leistungsmenge.

qualität, die steigende Leistungsmenge und das Altern der Bevölkerung. Diese kostentreibenden Faktoren sollten im Prinzip

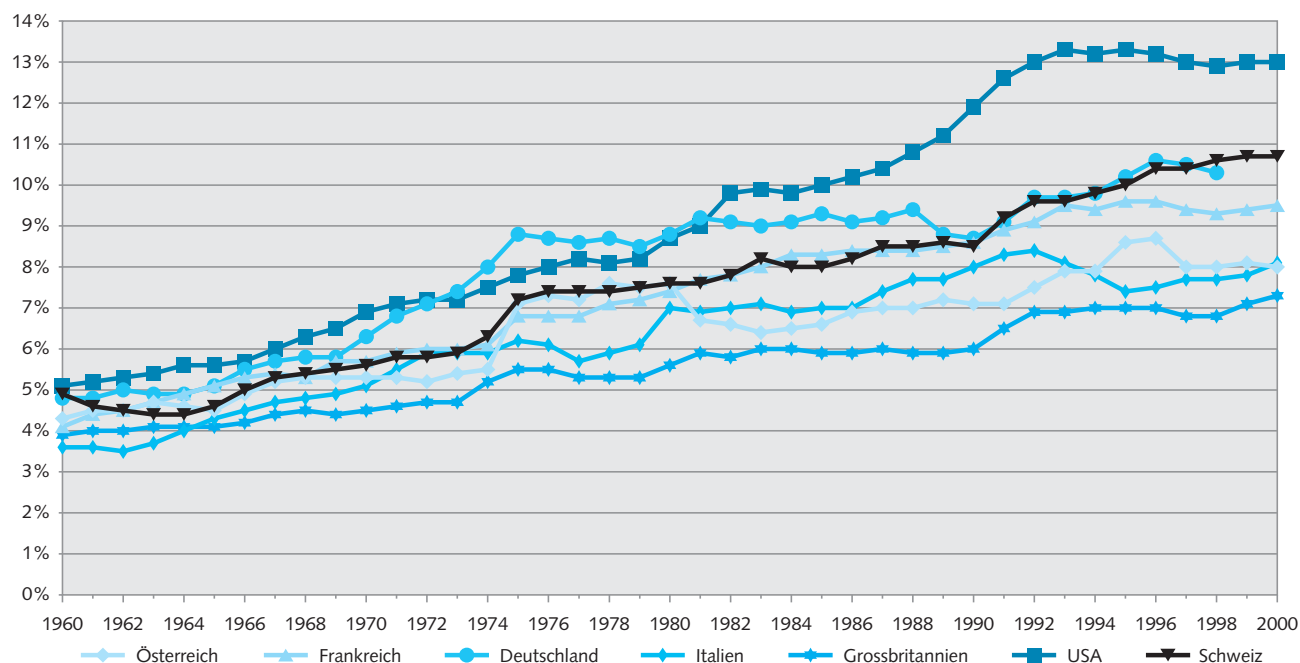
eine gewisse Regelmässigkeit des Kostenwachstums zur Folge haben, da es sich um gesellschaftlich bedingte Trends handelt. Es zeigt sich jedoch, dass die Kosten während drei Perioden besonders stark zunehmen: von 1970 bis 1976, 1990-1993 und 1995-1996. Diese Jahre waren durch ein schwaches Wirtschaftswachstum bzw. sogar einen Rückgang des BIP (1975: -6,7%) gekennzeichnet, was den steilen Anstieg des Indikators erklärt.

Die Zunahme des Gesundheitskostenteils am BIP besagt, welche Mittel zusätzlich für das Gesundheitswesen benötigt werden. Kann die Kostenentwicklung nicht mehr durch das Wirtschaftswachstum abgedeckt werden, erfolgt ein Lastentransfer zwischen den Direktzahlern – private Haushalte, Sozialversicherungen und öffentliche Hand. Die harte öffentliche Diskussion um die Kosten des Gesundheitswesens ist zweifellos zu einem grossen Teil durch die Spannungen bedingt, die zwischen den Direktzahlern unvermeidlich auftreten. Letztere sind Sparmassnahmen unterworfen und kaum in der Lage, zusätzliche Mittel für ein Gesundheitswesen aufzubringen, dessen Kosten aus dem Ruder laufen.

Die OECD veröffentlicht zu internationalen Vergleichszwecken Zeitreihen für ihre Mitgliedsländer. Aus Grafik G6 lässt sich die Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens für einige grosse Länder bzw. Nachbarstaaten der Schweiz ablesen (vgl. Tabelle T6 in: BFS aktuell, 2003).

Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Länder in % des Bruttoinlandproduktes (BIP) ab 1960

G6



Hier ist jedoch grundsätzliche Vorsicht am Platz, denn die Vergleichbarkeit solcher Zahlen ist nachweislich begrenzt. Trotz aktueller Bemühungen zwischen der OECD und EUROSTAT, den Begriff «Gesundheitswesen» methodisch genauer zu definieren, dürfte die sehr unterschiedliche Auslegung mit ein Grund für die erheblichen Differenzen zwischen Ländern wie z.B. den USA (13%) und dem Vereinigten Königreich (7,3%) sein. Zudem können Änderungen bei den Schätzmodellen Brüche in den Zeitreihen zur Folge haben (Österreich, Deutschland), beispielsweise im sozialmedizinischen Bereich der Betagten- oder Behindertenbetreuung, wo die Abgrenzung der Kosten noch einige Schwierigkeiten bereitet.

Das Zahlenmaterial der OECD lässt dennoch einige interessante Schlüsse zu. In allen Ländern ist eine Abhängigkeit des Indikators von der Konjunktur festzustellen. Die Steigerung der Gesundheitskosten ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Angebot und Nachfrage nach Leistungen in diesem Bereich kontinuierlich und regelmässig zunehmen, unabhängig vom Tätigkeitsniveau in den übrigen Wirtschaftssektoren. Ansonsten müsste das Verhältnis «Anteil Gesundheitskosten am BIP» grundsätzlich stabil sein.

In allen Ländern mit Ausnahme Österreichs hat sich der Anteil der Gesundheitskosten am BIP mehr als verdoppelt.

Ressourcenaufwand für das Gesundheitswesen praktisch überall verdoppelt

Der Indexstand mag im Einzelnen variieren, die Entwicklung verlief aber überall sehr ähnlich.

In absteigender Kostenreihenfolge betrachtet belegten die USA, die Schweiz und Deutschland bereits 1960 dieselben Spitzenpositionen wie Ende der 90er-Jahre. Demgegenüber waren das Vereinigte Königreich, Österreich und Italien während des ganzen Berichtszeitraums in der zweiten Hälfte des Klassements zu finden.

1.5.2 Gemessen am Verbraucherpreisindex

Verbraucherpreisindizes (in der Schweiz der Landesindex der Konsumentenpreise LIK) sind die Referenz zur Messung der Teuerung. Sie geben Aufschluss über das allgemeine Preisniveau einer Volkswirtschaft und dienen zur Indexierung der Renten und Löhne. Zur Ermittlung des prozentualen Werts einer bestimmten Ausgaben-summe (im vorliegenden Fall der Gesundheitsausgaben) wird deshalb der Gesamtindex der Konsumentenpreise beigezogen und nicht der Teilindex des Gesundheitsbereichs.

Der Vergleich zwischen der Entwicklung des Konsumentenpreisindex und jener der Gesundheitskosten ist

1 Franken von 1960 war im Jahr 2000 inflationsbereinigt 3,82 Franken wert

interessant. Grafik G7a zeigt die Entwicklung dieses Indexes und den teuerungsbedingten Kauf-

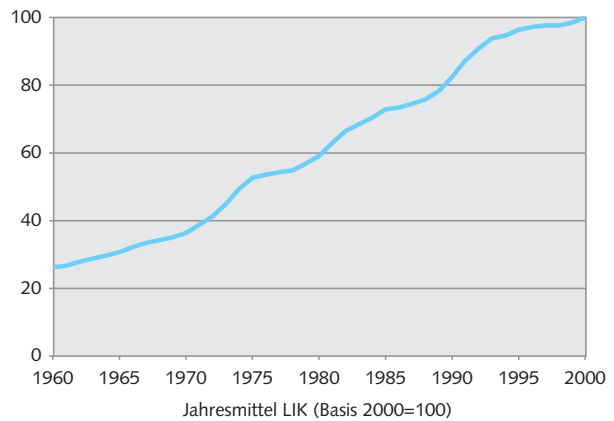
kraftverlust zwischen 1960 und 2000. In der Grafik G7b wird der Multiplikationsfaktor der Preise ausgewiesen, der sich aus der Teuerung zwischen einem gegebenen Jahr und dem Jahr 2000 ergibt. Daraus geht hervor, dass 1 Franken von 1960 im Jahr 2000 einen Wert von 3,82 Franken gehabt hätte.

Wird diese Deflationsskala auf die Kosten des Gesundheitswesens angewendet, so ergibt sich ein aktualisierter Wert dieser Kosten, dargestellt in der Grafik G7c: die Kosten des Gesundheitswesens zu Preisen von 2000. Anders ausgedrückt: der Wert der Kosten des Gesundheitswesens in einem gegebenen Jahr, unter Berücksichtigung des Geldwertschwundes zwischen diesem Jahr und dem Jahr 2000. Diese Information ist wichtig, um sich ein Bild von den für das Gesundheitswesen aufgewendeten Mitteln im Vergleich zum heutigen Wert des Geldes machen zu können. So würde die Summe von 1,9 Milliarden Franken, die 1960 für das Gesundheitswesen aufgewendet wurde, 7,4 Milliarden Franken im Jahr 2000 entsprechen, also 3,82 Mal mehr (vgl. Tabelle T7 in: BFS aktuell, 2003).

Die realen Kosten der Leistungen für die Grundversorgung gemäss Krankenversicherungsgesetz können mit Hilfe des Konsumentenpreisindex ermittelt werden. Es handelt sich hierbei nur noch um die von den Versicherern bezahlten Leistungen und nicht um die Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Die von den Haushalten oder den Privatversicherungen übernommenen Leistungen bzw. die Zusatzleistungen bleiben somit ausgeklammert, ebenso wie der Verwaltungs- und Präventionsaufwand des Staates und der Sozialversicherungen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Berechnung eines Indexes pro Versicherten, um den Effekt der zunehmenden Versicherungsdichte auszuschalten⁵. Diese Quote lag 1960 bei 72% und erhöhte sich in der Folge kontinuierlich bis auf 100% mit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996. In Grafik G8 findet sich eine Abbildung der **Kosten der Grundversicherung pro versicherte Person**, zum Nominalwert und zum Realwert.

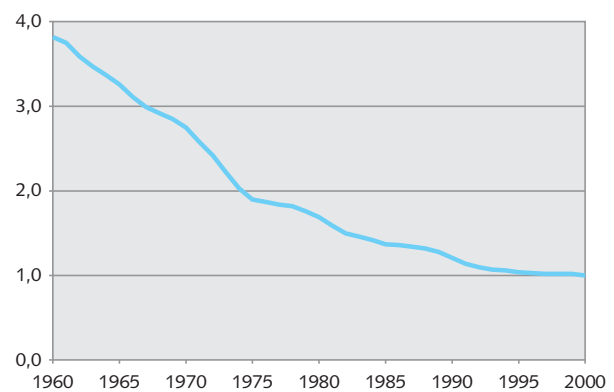
Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) 1960-2000

G7a



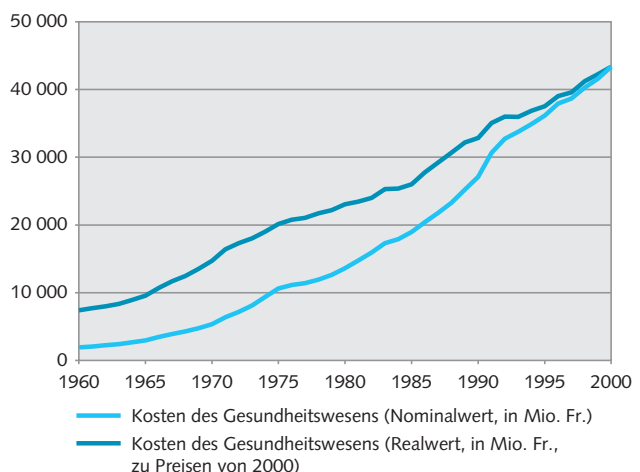
Multiplikationsfaktor des Preises zwischen dem Jahr X und 2000 (Basis LIK)

G7b



Kosten des Gesundheitswesens, 1960-2000, in Mio. Fr.

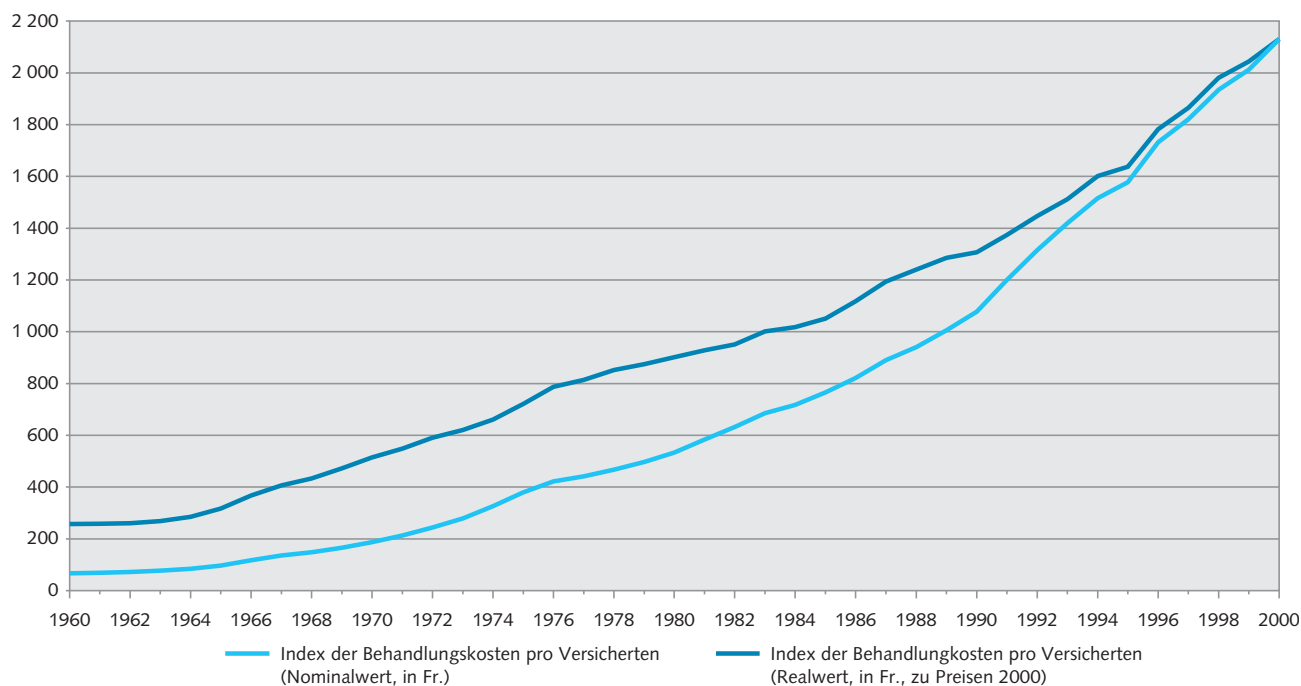
G7c



⁵ Anteil versicherte Personen an der mittleren Wohnbevölkerung.

Behandlungskosten pro Versicherten, 1960-2000, in Fr.

G8



Die Kosten der Leistungen gemäss KVG pro Versicherten zum Realwert zu Preisen von 2000 weisen eine besonders Schwindel erregende Zunahme auf.

Der Leistungsbereich der Grundversicherung ist durch eine «Kostenexplosion» geprägt, die eine quantitative und qualitative «Explosion» der Leistungen zu Gunsten der Bevölkerung reflektiert.

Während sich die Preise um den Faktor 3,8 erhöhten, legten die Kosten gar um den Faktor 8,3 zu (vgl. Tabelle T8 in: BFS aktuell, 2003). Diese «Explosion» der via KVG finanzierten Kosten ist auf dieselben Gründe zurückzuführen wie die Kostensteigerung im Gesundheitswesen insgesamt, doch kommt als weiterer Kostenfaktor die Ausweitung des Katalogs der übernommenen Leistungen hinzu.

1.5.3 Kosten-, Preis- und Lohnindizes

Ergänzt man die Kosten- und Preisindizes noch durch den Lohnindex, so können die vier Indizes – wie in Grafik G9a abgebildet – verglichen werden.

Merkmal der 90er-Jahre sind die deutlich höheren Kostensteigerungen im Grundversorgungsbe- reich (gemäss KVG) ver- glichen dem Gesund- heitswesen insgesamt.

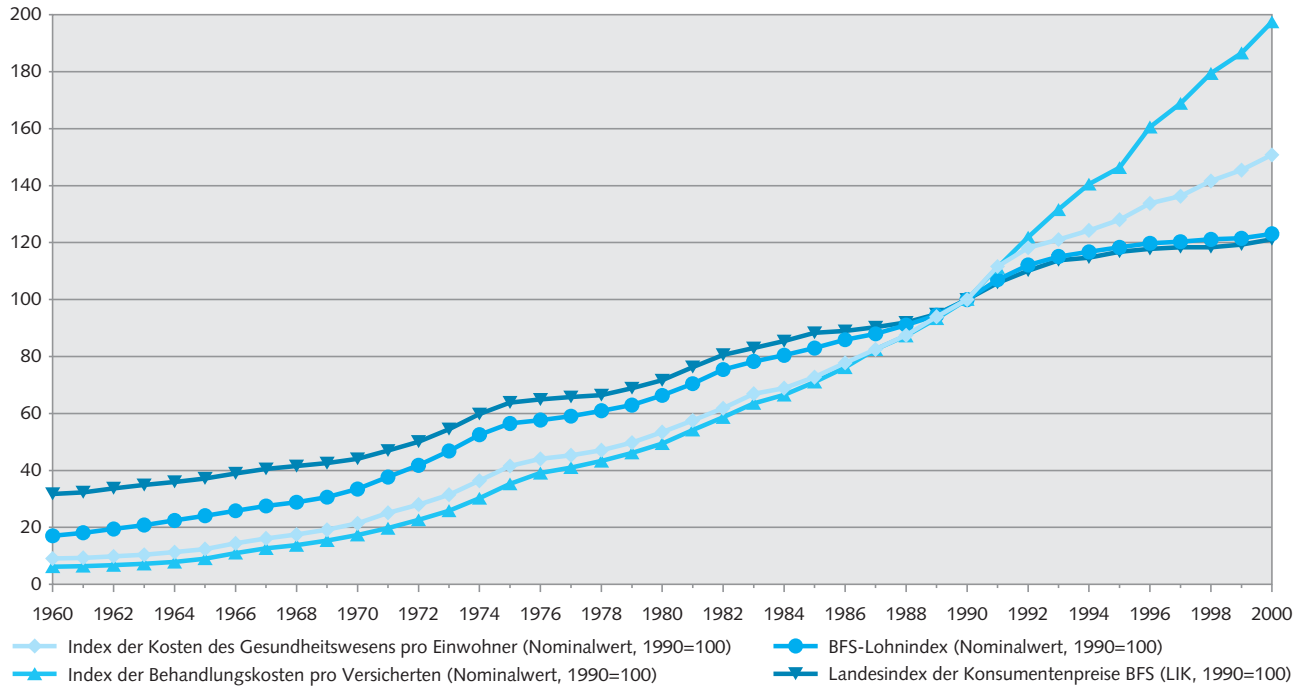
Auf Grund des Verlaufs der Indizes in Grafik G9a empfiehlt sich eine zweiseitige Analyse des Berichtszeitraums.

Ein erster Abschnitt von 1960-1990 ist gekennzeichnet durch divergierende Preis- und Lohnindizes, welche die Realloohnerhöhungen in diesem Zeitraum erkennen lassen. Die Indizes der Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner und der Kosten der Grundversorgung (gemäss KVG) pro Versicherten liegen dagegen sehr nahe beieinander und weisen keine sehr grosse Differenz zu den volkswirtschaftlichen Indizes (Löhne und Preise) auf.

Der zweite Abschnitt von 1990-2000 ist geprägt durch nahe beieinander liegende Preis- und Lohnindizes, die ein schwaches Wirtschaftswachstum reflektieren. In dieser Dekade weichen die Indizes der Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner und der Kosten der Grundversorgung (gemäss KVG) pro Versicherten deutlich von den volkswirtschaftlichen Indizes ab und lassen die Notwendigkeit zusätzlicher Mittel für das Gesundheitswesen und – in stark erhöhtem Masse – für die Krankenversicherung (Grundversicherung) klar zu Tage treten.

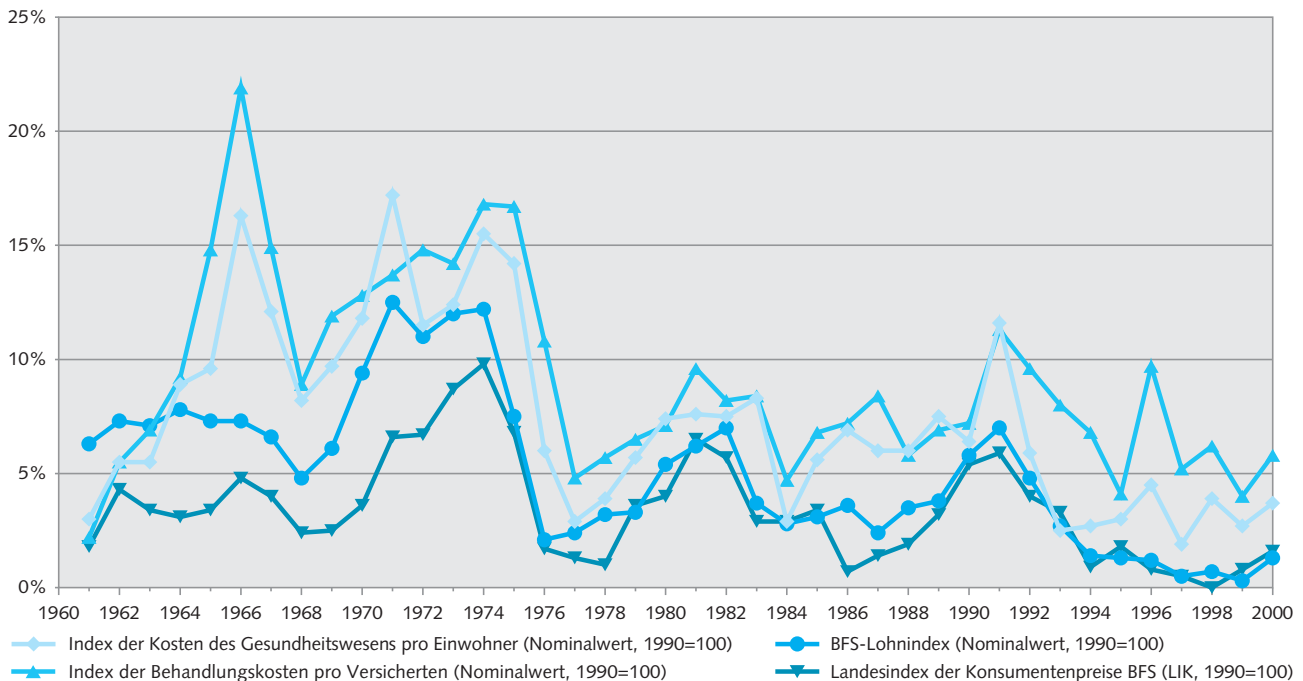
Indizes: Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner, Behandlungskosten pro Versicherten, BFS-Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise

G9a



Indizes: Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner, Behandlungskosten pro Versicherten, BFS-Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise: Veränderung gegenüber dem Vorjahr

G9b



Die Entwicklung der jährlichen Schwankungen dieser Eckwerte geht auch aus Grafik **G9b** hervor. Allgemein betrachtet, sind die Schwankungen in den Jahren 1960-1980 deutlich grösser als in der Periode 1980-2000. Die 90er-Jahre sind geprägt durch eine Stabilisierung der volkswirtschaftlichen Indizes auf tiefem Niveau. Die Gesundheitskosten (Gesundheitswesen und Grundversicherung gemäss KVG) schwanken dagegen recht stark und erreichen relativ hohe Niveaus.

Die divergierende Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens und der Kosten der Grundversicherung (gemäss KVG) zeigt sich auch bei der Analyse der jährlichen Schwankungen. Während die Kostensteigerung im Gesundheitswesen pro Einwohner im Zeitraum 1960-2000 durchschnittlich 7,3% pro Jahr betrug, lag die Zunahme im Grundversicherungsbereich über die gesamte Periode hinweg bei 9,0% pro Versicherten (vgl. Tabelle T9 in: BFS aktuell, 2003). In der Dekade 1990-2000 beliefen sich diese durchschnittlichen jährlichen Kostensteigerungen auf 4,2% resp. 7,0% und wichen somit deutlich stärker voneinander ab.

2 Methodische Aspekte der Retropolation

Die Erstellung langer Zeitreihen bedingt eine Anpassung der älteren Reihen an Konzept und Klassifikationen der

Die Retropolation ermöglicht die Harmonisierung des alten und des neuen Modells und damit die Erstellung langer Zeitreihen.

aktuellen Statistiken. Hierzu braucht es eine Retropolationsmethode, bei der die Ergebnisse der Vergangenheit mit der heutigen Statistik der Kos-

ten des Gesundheitswesens harmonisiert werden. Die im vorliegenden Kapitel präsentierten Schemata vermitteln einen Überblick über die verfügbaren Zeitreihen und die verwendeten Klassifikationen. Mit Hilfe von Pfeilen werden die Umschlüsselungen für die verschiedenen Klassifikationen von einer Zeitreihe zur anderen angegeben.

Grafik **G10** bietet eine allgemeine Übersicht über die verfügbaren Zeitreihen und die verschiedenen Klassifikationen, die in den Statistiken der Kosten des Gesundheitswesens zum Einsatz kommen.

Es werden vier Klassifikationen verwendet, die den vier abgebildeten Rechtecken entsprechen:

- 1) Erbringer von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen (Leistungserbringer)
- 2) Leistungen
- 3) Direktzahler
- 4) Finanzierungsträger aus volkswirtschaftlicher Sicht.

Es sind drei Zeitreihen zu berücksichtigen; der zeitlichen Reihenfolge nach sind dies:

- 1) die Zeitreihe nach dem ehemaligen Modell «Kosten des Gesundheitswesens», lange Reihe 1960-1998
- 2) die Zeitreihe nach dem ehemaligen Modell «Kosten des Gesundheitswesens», 1985-1998
- 3) die Zeitreihe nach dem neuen Modell, die 1995 beginnt und dem gegenwärtigen Konzept der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens entspricht.

Die Klassifikationen des neuen Modells der Gesundheitskostenstatistik sind in Tabelle T10 aufgeführt (in: BFS aktuell, 2003). Weiterführende Informationen finden sich in den Dokumenten zum Konzept der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens und in den methodischen Erläuterungen in den in der Bibliografie zitierten Publikationen.

2.1 Klassifikation der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern

Aus der Sicht der Produktion werden die Kosten des Gesundheitswesens nach den Erbringern von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen aufgeschlüsselt, die in der Terminologie der 90er-Jahre manchmal «Produzenten» genannt werden. Der Einfachheit halber wird meist die Bezeichnung «Leistungserbringer» verwendet, obschon nicht alle unter ihnen Leistungen im eigentlichen Sinne erbringen: Die Apotheken z.B. verkaufen Arzneimittel und die öffentliche Hand und die Sozialversicherungen erbringen Dienstleistungen im Verwaltungs- oder Präventionsbereich.

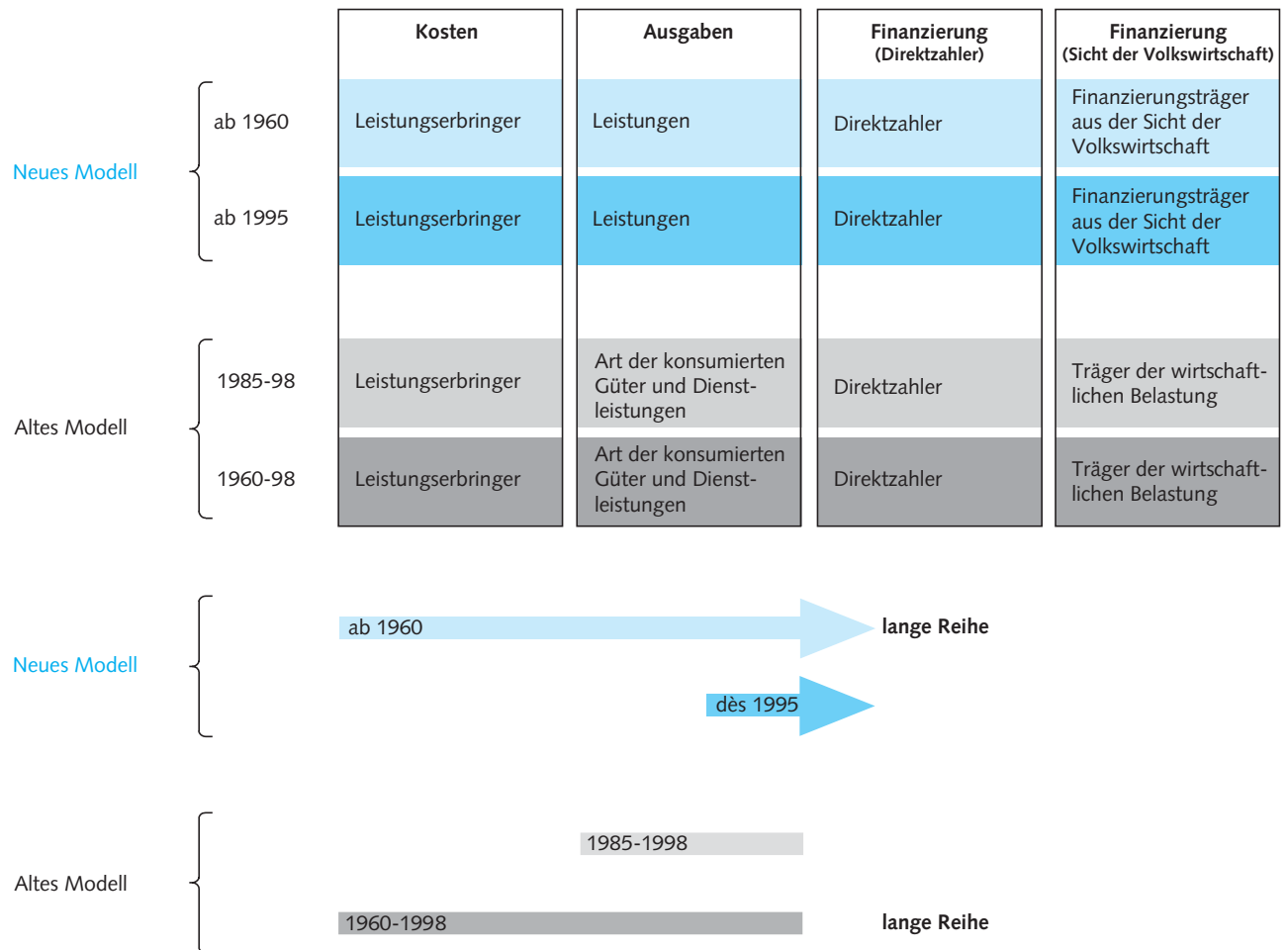
Grafik **G11** zeigt die im alten und neuen Modell der Gesundheitskostenstatistik verwendeten Klassifikationen. Die beiden Blöcke im oberen Teil des Schemas geben einen Überblick über den Übergang von der alten zur neuen Klassifikation. Die beiden Blöcke im unteren Teil zeigen die beiden an die langen Zeitreihen angepassten Klassifikationen.

Die wichtigsten Änderungen im Zusammenhang mit dem neuen Modell betreffen folgende Punkte:

- Stationäre Versorgung: Unterscheidung zwischen Krankenhäusern und sozialmedizinischen Einrichtungen;
- Ambulante Versorgung: Fortan wird unterschieden zwischen ambulanter Behandlung und Detailhandel, wobei der Handel mit therapeutischen Apparaten separat ausgewiesen wird.

Entwicklung der wichtigsten Kosten- und Finanzierungsaggregate des Gesundheitswesens
Modelle, Bezeichnungen, Zeitreihen

G10



Bemerkung:

Die Revision des Modells der Kosten des Gesundheitswesens brachte terminologische Veränderungen mit sich. Auch wurden nicht mehr genau dieselben Ausgabenarten berücksichtigt wie vor der Revision.

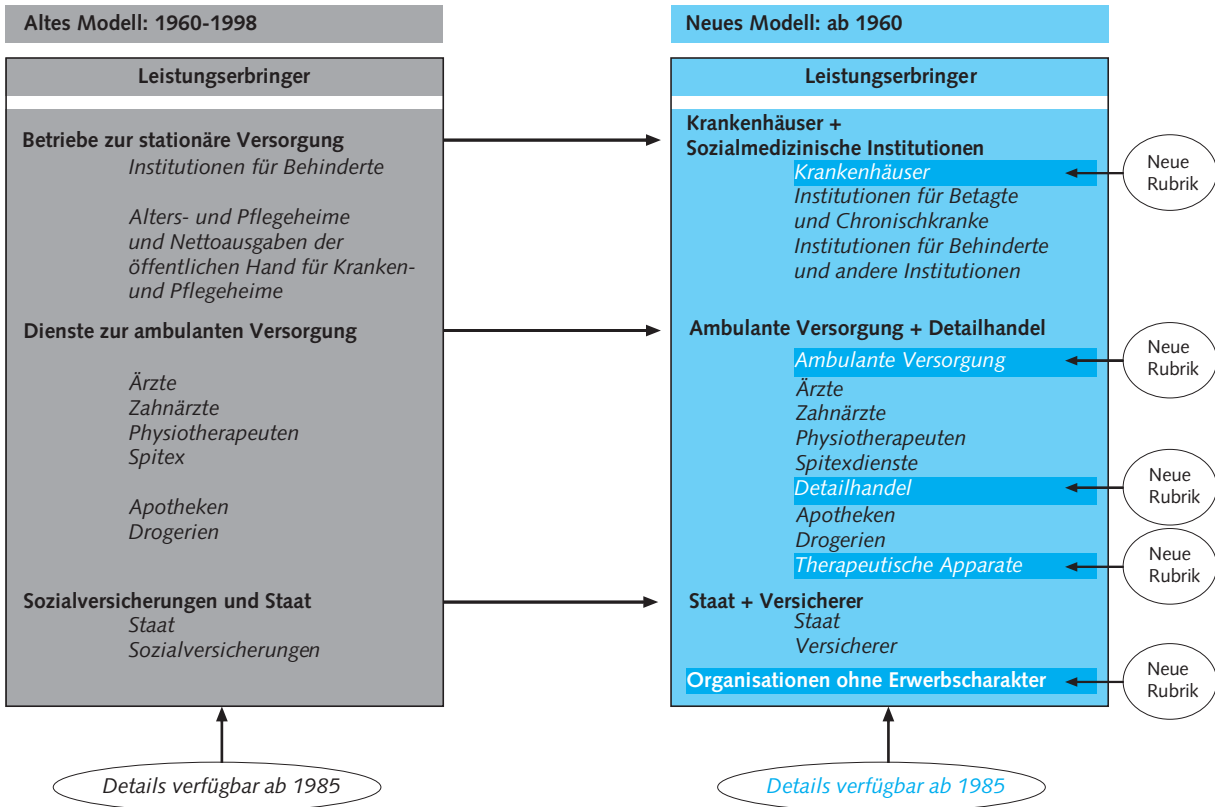
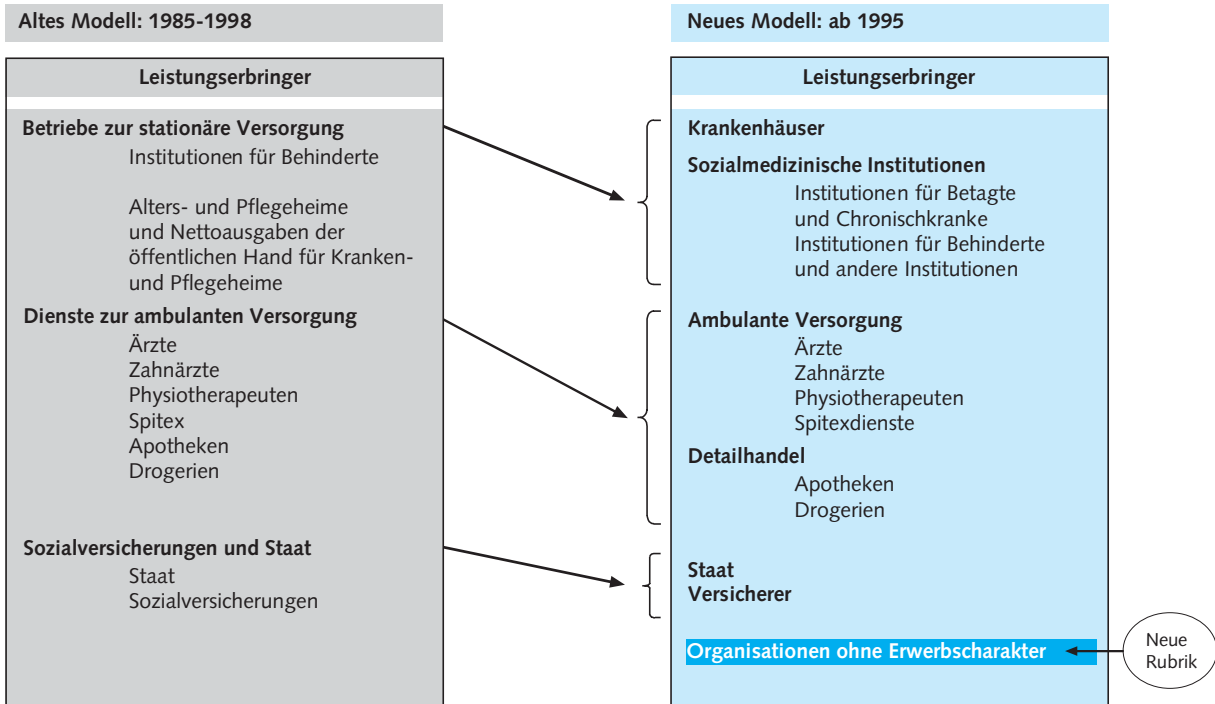
- An Stelle von «Sozialversicherungen und Staat» tritt «Staat und Versicherer».
- Eine neue Rubrik «Organisationen ohne Erwerbscharakter» wird eingeführt.

2.2 Klassifikation der Ausgaben des Gesundheitswesens nach Leistungen

Aus der Sicht des Konsums werden die Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungen aufgeschlüsselt. In der Terminologie der 90er-Jahre war von der «Art der verbrauchten Güter und Dienstleistungen» die Rede. Der Einfachheit halber wird fortan der Begriff «Leistungen» verwendet, womit sämtliche Gesundheitsgüter und -dienstleistungen gemeint sind. Die Leistungen des Gesundheitswesens werden in dieser Klassifikation nach ihrer Funktion zusammengefasst: Die ambulanten Leistungen der Spitäler werden der Funktion ambulante Behandlung zugeordnet; die Arzneimittelverkäufe werden

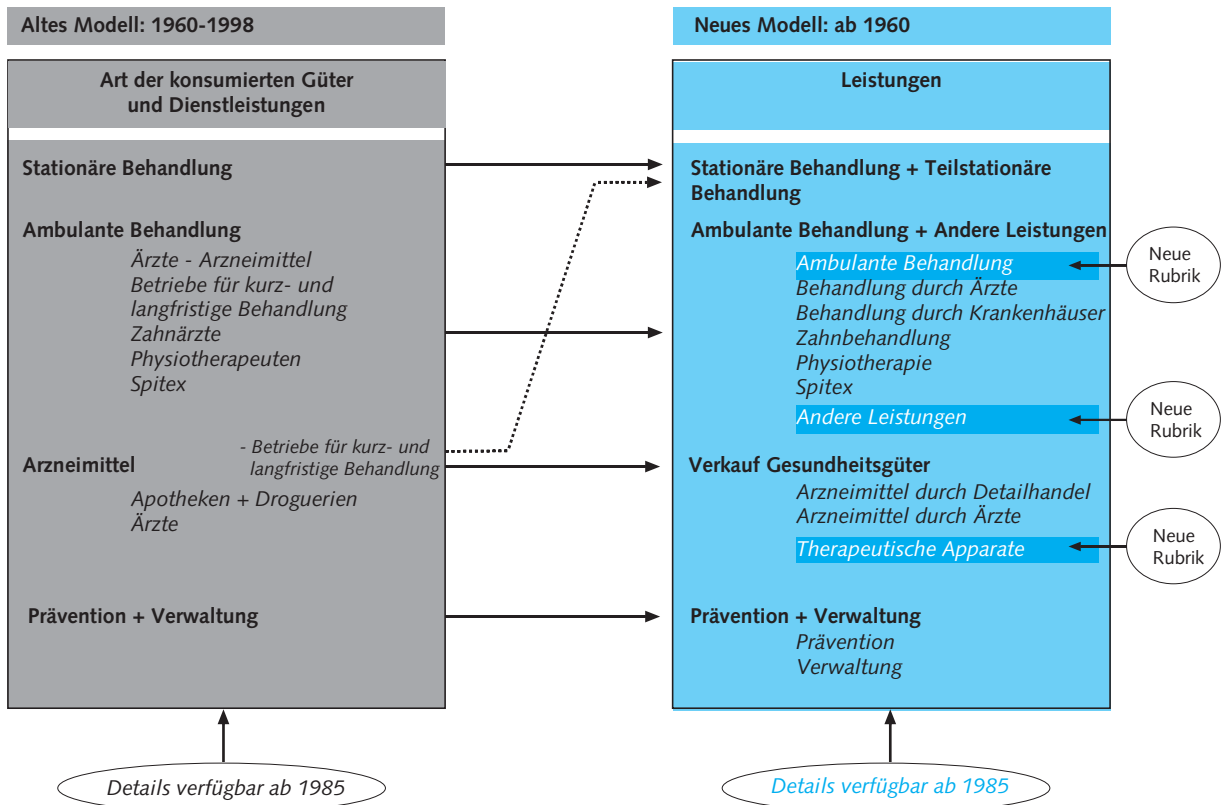
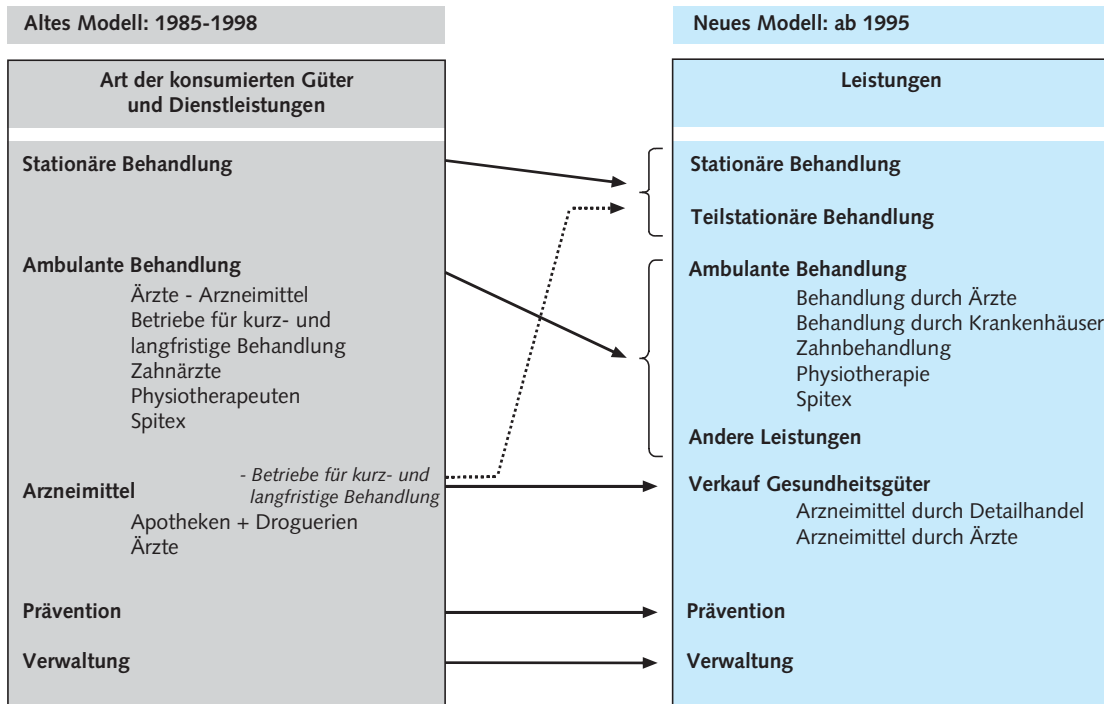
Kosten nach Leistungserbringern

G11



Ausgaben nach Leistungen

G12



in der Rubrik Gesundheitsgüter zusammengefasst; die Tätigkeiten des Staates und der Sozialversicherungen werden je nach Funktion den Rubriken «Prävention» oder «Verwaltung» zugeteilt.

Grafik **G12** zeigt die im alten und neuen Modell der Gesundheitskostenstatistik verwendeten Klassifikationen. Die beiden Blöcke im oberen Teil des Schemas geben einen Überblick über den Wechsel von der alten zur neuen Klassifikation. Die beiden Blöcke im unteren Teil zeigen die beiden an die langen Zeitreihen angepassten Klassifikationen.

Die wichtigsten Änderungen im Zusammenhang mit dem neuen Modell betreffen folgende Punkte:

- Stationäre Versorgung: die durch stationäre Betriebe abgegebenen Arzneimittel gehören fortan nicht mehr hierzu;
- Eine neue Rubrik wird für die «Hilfsdienste» geschaffen, die vorher in der ambulanten Versorgung enthalten waren;
- Die Rubrik «Arzneimittel» wird ausgedehnt auf den Verkauf von Gesundheitsgütern, neu inkl. therapeutische Apparate. Die Arzneimittel, die von den Institutionen für Kurz- und Langzeitaufenthalte abgegeben werden, fallen dagegen nicht länger unter diese Rubrik, da sie in den Kosten dieser Institutionen enthalten sind;
- Neu ist auch die Rubrik «teilstationäre Behandlung», die wegen mangelnder Daten für eine spezifische Schätzung vorläufig allerdings leer bleibt. Diese Leistungen werden weiterhin unter der stationären Versorgung ausgewiesen.

2.3 Klassifikation der Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlern

Aus der Sicht der Finanzierung werden die Kosten des Gesundheitswesens nach Direktzahlern aufgeschlüsselt (in der Terminologie der 90er-Jahre auch «Direktfinanzierung» genannt). In dieser Klassifikation wird die Bezahlung der Leistungserbringer nach der Wirtschaftseinheit gegliedert, welche direkt für diese Leistungen aufkommt. So betrachtet, tragen die Sozialversicherungen den Hauptteil der Leistungen des Gesundheitswesens, ungeachtet ihrer eigenen Finanzierung und ungeachtet der Zahlungssysteme des «Tiers garant» oder «Tiers payant»⁶, die parallel zueinander in der Krankenversiche-

rung vorkommen. Die Finanzierung der öffentlichen Hand besteht im Wesentlichen aus Subventionen des Spitalbereichs. Die privaten Haushalte beteiligen sich an der Finanzierung in Form von Direktzahlungen für Leistungen, die von den Sozial- bzw. Privatversicherungen nicht gedeckt werden und von Kostenbeteiligungen im Rahmen der Krankenversicherung.

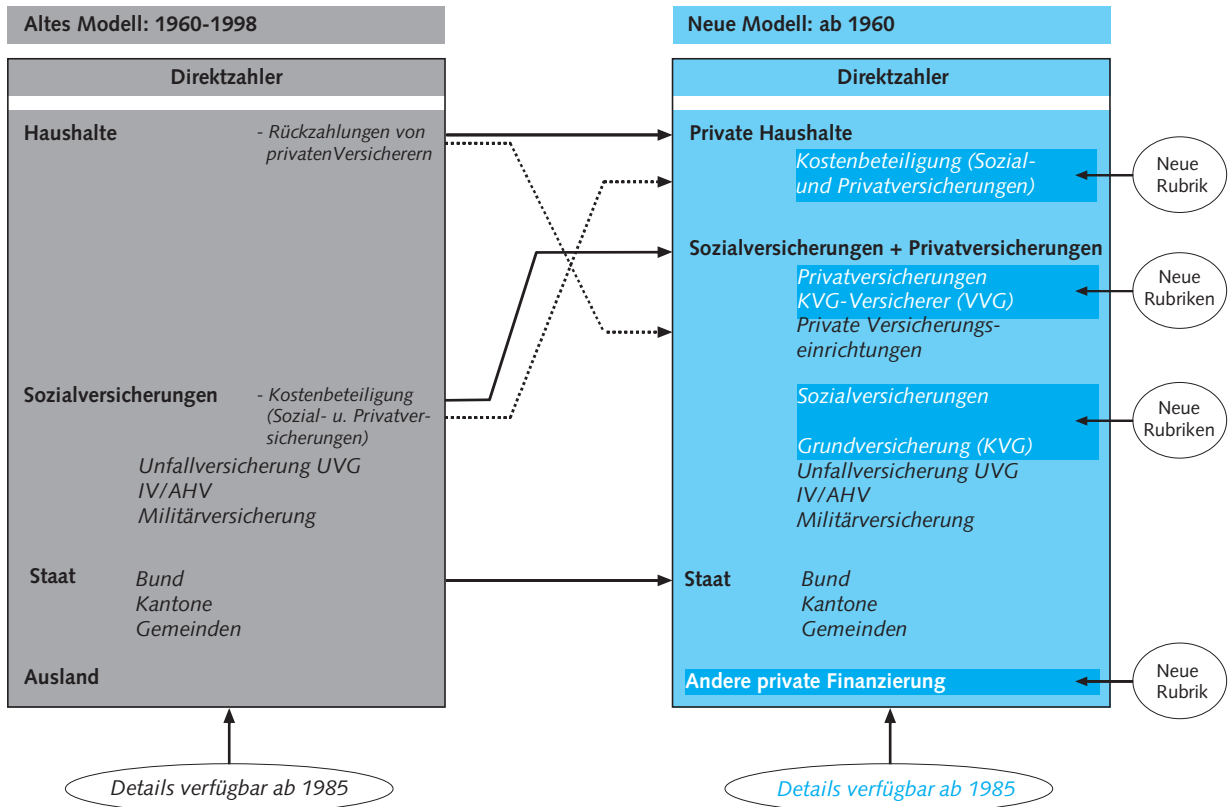
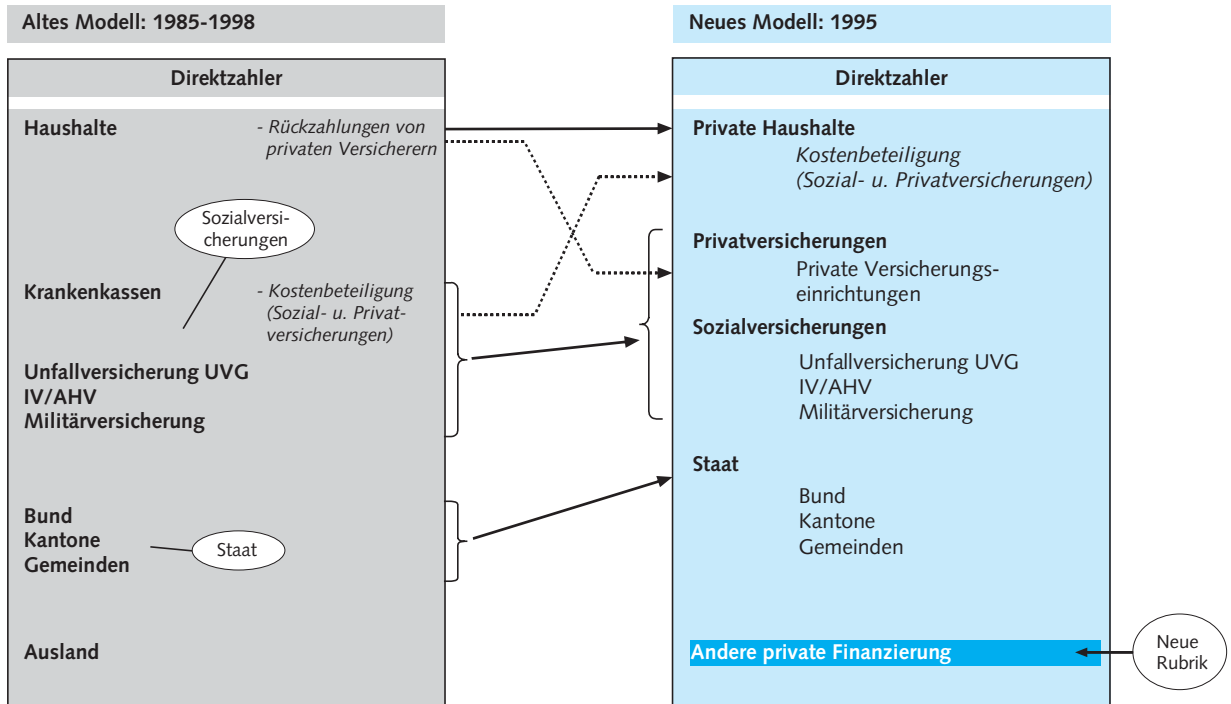
Grafik **G13** zeigt die im alten und neuen Modell der Gesundheitskostenstatistik verwendeten Klassifikationen. Die beiden Blöcke im oberen Teil des Schemas geben einen Überblick über den Übergang von der alten zur neuen Klassifikation. Die beiden Blöcke im unteren Teil zeigen die beiden an die langen Zeitreihen angepassten Klassifikationen.

Die wichtigsten Änderungen im Zusammenhang mit dem neuen Modell betreffen folgende Punkte:

- Neu ist die Rubrik «Privatversicherungen», in welcher die Zusatzversicherungen der KVG-Krankenversicherer und die Branche «Krankheit» der privaten Versicherungseinrichtungen zusammengefasst sind;
- Neu geschaffen wurde die Rubrik «Andere private Finanzierung», die den freiwilligen Finanzierungsanteil der privaten Haushalte in Form von Schenkungen und Legaten zu Gunsten der Leistungserbringer (oft Organisationen ohne Erwerbszweck) sichtbar macht;
- Aufgehoben wird die Rubrik «Ausland», die überflüssig wurde, nachdem die Leistungen des schweizerischen Gesundheitswesens zu Gunsten von Personen mit ausländischem Wohnsitz nicht länger in den Kosten des Gesundheitswesens enthalten sind;
- Die Kostenbeteiligungen im Rahmen der Krankenversicherung werden fortan unter «private Haushalte» erfasst, während sie vorher in den Zahlungen der Krankenkassen enthalten waren;
- Neu ist auch die Rubrik «teilstationäre Behandlung», die wegen mangelnder Daten für eine spezifische Schätzung vorläufig allerdings leer bleibt. Diese Leistungen werden weiterhin unter der stationären Versorgung ausgewiesen;
- Die Rückerstattungen der Privatversicherer werden fortan in der neuen Rubrik «Private Versicherungseinrichtungen» ausgewiesen, während die Zusatzversicherungsleistungen der KVG-Krankenversicherer früher in den Zahlungen der Krankenversicherung verschwanden und die Rückerstattungen der privaten Versicherungseinrichtungen den privaten Haushalten zugeordnet wurden.

⁶ Die Krankenversicherung kennt 3 beteiligte Parteien: Leistungserbringer, Patienten (Versicherte) und Versicherer. Im System des Tiers garant schulden die Patienten (Versicherte) den Leistungserbringern die Vergütung der Leistungen und lassen sich diese anschliessend vom

Versicherer zurückerstatten. Im System des Tiers payant übernehmen die Versicherer direkt die Bezahlung der Leistungserbringer und lassen sich von den Versicherten (Patienten) anschliessend deren Kostenanteil zurückerstatten (Art. 42 KVG).



2.4 Klassifikation der Finanzierung des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht

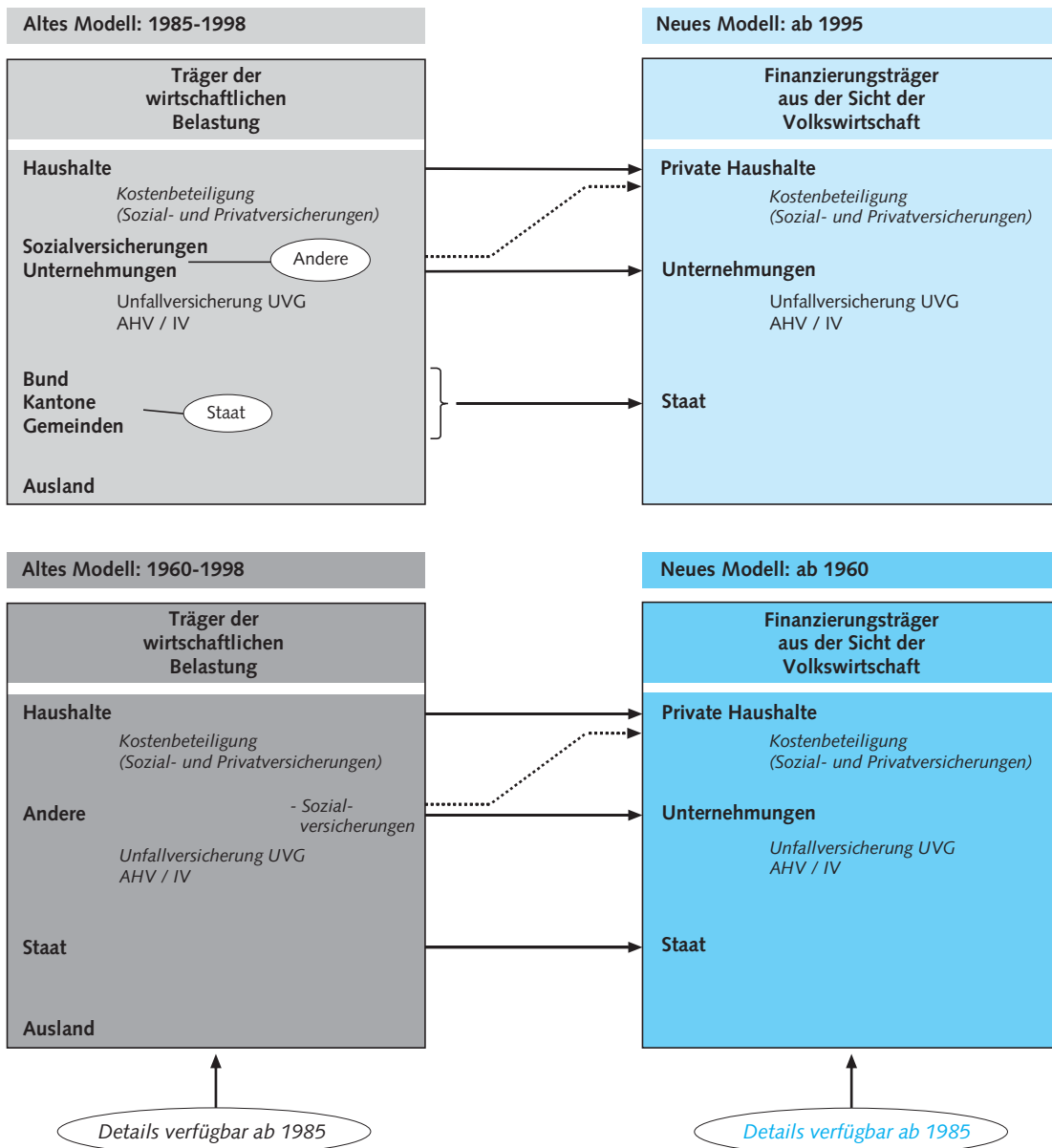
Die Betrachtung aus der Optik der Volkswirtschaft gilt als abschliessende Finanzierungsanalyse, weil sie aufzuzeigen sucht, welche Wirtschaftsakteure letztlich die Finanzierungslast des Gesundheitswesens zu tragen haben. Die abschliessende bzw. definitive Finanzierung obliegt drei Gruppen von Wirtschaftsakteuren: den privaten Haushalten, den Unternehmen und dem Staat (in der Terminologie der 90er-Jahre oft «Träger der wirtschaftlichen Belastung» genannt).

Die privaten Haushalte beteiligen sich nicht nur durch die Übernahme der von den Sozial- bzw. Privatversicherungen nicht gedeckten Leistungen und durch die Kostenbeteiligung im Rahmen der Krankenversicherung an der Finanzierung; auch durch die Bezahlung der Prämien der Sozial- bzw. Privatversicherungen leisten sie einen Beitrag. Der gewichtige Finanzierungsanteil der Haushalte ist darauf zurückzuführen, dass diese über das System der «Kopfprämien» die effektive finanzielle Last der Krankenkassen tragen. Die Unternehmen tragen mittels Sozialabgaben auf den Löhnen (entrichtet von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden) zur Finanzierung der Versicherungen im Gesundheitsbereich bei (Unfallversicherung UVG, AHV/IV). Der Finanzierungsanteil des Staates besteht nicht nur aus den Subventionen für die Spitäler, sondern auch aus Beiträgen der öffentlichen Hand an die Sozialversicherungen, die direkt oder indirekt für Leistungen des Gesundheitswesens aufkommen: Militärversicherung, AHV und IV, AHV/IV-Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe).

Grafik **G14** zeigt die im alten und im neuen Modell der Gesundheitskostenstatistik verwendeten Klassifikationen. Die beiden Blöcke im oberen Teil des Schemas geben einen Überblick über den Übergang von der alten zur neuen Klassifikation. Die beiden Blöcke im unteren Teil zeigen die beiden an die langen Zeitreihen angepassten Klassifikationen.

Die wichtigsten Änderungen im Zusammenhang mit dem neuen Modell betreffen folgende Punkte:

- Die Rubrik «Staat» kann nicht mehr nach Bund, Kantonen und Gemeinden aufgeschlüsselt werden;
- Aufgehoben wird die Rubrik «Ausland», die überflüssig wurde, nachdem die Leistungen des schweizerischen Gesundheitswesens zu Gunsten von Personen mit ausländischem Wohnsitz nicht länger in den Kosten des Gesundheitswesens enthalten sind;
- Die Rubrik «Sozialversicherungen», die der Eigenfinanzierung der Krankenkassen entsprach, wird den «privaten Haushalten» zugeordnet.



3 Berechnungsmethode

Vom alten Berechnungsmodell stammen die Daten für die Jahre 1960-1998, mit detaillierten Teilerien ab 1985.

Das aktualisierte Modell enthält neue Elemente und liefert Schätzungen für die Jahre 1995-2000.

Die Berechnung der Schätzwerte 1960-1994 unter Einbezug der neuen Elemente aus dem aktuellen Modell basiert auf der Idee, eine indexierte Entwicklung der Gesamtgesundheitskosten nach dem alten Modell unter Annahme des Wertes 1.00 für 1995 zu konstruieren. Dieser Index wird anschliessend auf den Wert 1995 des neuen Modells angewendet, das als Verbindung dient, um die retropolierten Werte nach dem neuen Verfahren für den Zeitraum 1960-1994 zu ermitteln.

Das gleiche Prinzip gilt für die Zeitreihen, die den vier Gliederungsansätzen der Gesundheitsausgaben zugrunde liegen und die zusammen stets das Total der Gesundheitskosten ergeben. Hierfür wird einfach die Differenz zwischen der Summe der Zeitreihen und dem Total im Verhältnis (pro rata) zum prozentualen Gewicht der Zeitreihen aufgeschlüsselt. Auf den zwei folgenden Sei-

ten werden diese Korrekturen anhand eines fiktiven Zahlenbeispiels in 6 Schritten veranschaulicht (Grafik G15).

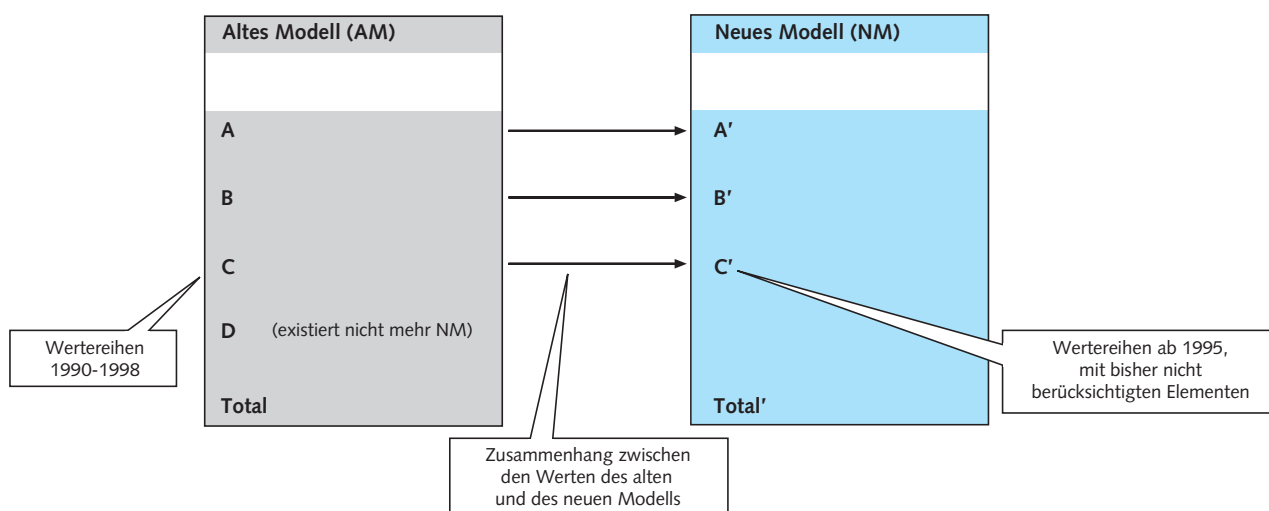
Da gewisse Zeitreihen in verschiedenen Gliederungen vorkommen, wurde folgende Berechnungsreihenfolge angewandt.

- 1) Leistungen
- 2) Leistungserbringer
- 3) Finanzierungsträger aus volkswirtschaftlicher Sicht
- 4) Direktzahler

Im BFS aktuell, 2003 oder auf www.healthstat.admin.ch finden sich die nach Leistungserbringern, Leistungen, Direktzahlern und Finanzierungsträgern aus volkswirtschaftlicher Sicht aufgeschlüsselten Tabellen für die Hauptaggregate der Gesundheitsausgaben. Die Beobachtungsperiode deckt die Jahre 1960 bis 2000 ab. Für die Periode 1985-2000 liegen in vielen Fällen detailliertere Zeitreihen vor.

Illustration der angewandten Korrekturmethode

G15



Ziel: Werte des neuen Modells für die Periode 1990-1994 schätzen

Schritt 1: Basisdaten AM und NM

Jahre	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM
1990	16,88		1,57		7,21		0,62		26,28	
1991	18,78		1,82		8,40		0,69		29,69	
1992	20,12		2,10		8,79		0,72		31,72	
1993	21,13		2,28		8,73		0,57		32,71	
1994	22,26		2,28		8,67		0,61		33,82	
1995	23,20	24,26	2,35	2,26	8,84	9,64	0,66		35,05	36,16
1996	24,65	26,16	2,47	2,35	9,20	9,40	0,64		36,96	37,91
1997	25,20	26,58	2,57	2,44	9,46	9,65	0,82		38,04	38,67
1998	26,58	27,71	2,75	2,59	9,60	9,98	0,83		39,76	40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

Schritt 2: Indizes für AM (1995=1,0000)

Jahre	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM
1990	0,7276		0,6684		0,8153				0,7498	
1991	0,8097		0,7747		0,9494				0,8472	
1992	0,8672		0,8913		0,9942				0,9050	
1993	0,9110		0,9690		0,9877				0,9333	
1994	0,9595		0,9692		0,9802				0,9648	
1995	1,0000	24,26	1,0000	2,26	1,0000	9,64			1,0000	36,16
1996		26,16		2,35		9,40				37,91
1997		26,58		2,44		9,65				38,67
1998		27,71		2,59		9,98				40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

Schritt 3: Werte NMp (provisorisch) auf der Basis der Indizes, Werte NM für das Total

Jahre	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NMp	AM	NMp	AM	NMp	AM	NMp	AM	NM
1990	0,7276	17,65	0,6684	1,51	0,8153	7,86			0,7498	27,11
1991	0,8097	19,64	0,7747	1,75	0,9494	9,15			0,8472	30,63
1992	0,8672	21,04	0,8913	2,02	0,9942	9,58			0,9050	32,72
1993	0,9110	22,10	0,9690	2,19	0,9877	9,52			0,9333	33,75
1994	0,9595	23,28	0,9692	2,19	0,9802	9,45			0,9648	34,89
1995	1,0000	24,26	1,0000	2,26	1,0000	9,64			1,0000	36,16
1996		26,16		2,35		9,40				37,91
1997		26,58		2,44		9,65				38,67
1998		27,71		2,59		9,98				40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

**Schritt 4: Abweichung zwischen Total' (NM) und der Summe der Werte NMp (provisorisch),
prozentualer Anteil P von NMp in der Summe NMp**

Jahre	P	A'	P	B'	P	C'	Summe NMp	Abweichung Total' - Summe NMp	Total'
		NMp		NMp		NMp	NMp		NM
1990	65,3%	17,65	5,6%	1,51	29,1%	7,86	27,02	0,09	27,11
1991	64,3%	19,64	5,7%	1,75	30,0%	9,15	30,55	0,09	30,63
1992	64,5%	21,04	6,2%	2,02	29,4%	9,58	32,64	0,09	32,72
1993	65,4%	22,10	6,5%	2,19	28,2%	9,52	33,81	-0,07	33,75
1994	66,7%	23,28	6,3%	2,19	27,1%	9,45	34,92	-0,03	34,89
1995	67,1%	24,26	6,3%	2,26	26,7%	9,64	36,16	0,00	36,16
1996		26,16		2,35		9,40	37,91		37,91
1997		26,58		2,44		9,65	38,67		38,67
1998		27,71		2,59		9,98	40,29		40,29
1999		28,23		2,69		10,66	41,59		41,59

Schritt 5: Berechnung der Werte NM' mittels Gliederung der Abweichung nach Anteilen NMp an der Summe NMp (Abweichungen A)

Jahre	E	A'	E	B'	E	C'	Summe NMp	Abweichung Total' – Summe NMp	Total'
		NMp		NMp		NMp	NMp		NM
1990	0,06	17,71	0,01	1,52	0,03	7,89	27,11	0,00	27,11
1991	0,06	19,70	0,01	1,76	0,03	9,18	30,63	0,00	30,63
1992	0,06	21,09	0,01	2,02	0,03	9,61	32,72	0,00	32,72
1993	-0,04	22,06	0,00	2,19	-0,02	9,50	33,75	0,00	33,75
1994	-0,02	23,26	0,00	2,19	-0,01	9,44	34,89	0,00	34,89
1995	0,00	24,26	0,00	2,26	0,00	9,64	36,16	0,00	36,16
1996		26,16		2,35		9,40	37,91		37,91
1997		26,58		2,44		9,65	38,67		38,67
1998		27,71		2,59		9,98	40,29		40,29
1999		28,23		2,69		10,66	41,59		41,59

Schritt 6: Werte NM, neu berechnet für die Periode 1990–1994

Jahre	A'	B'	C'	Total'
	NM	NM	NM	NM
1990	17,71	1,52	7,89	27,11
1991	19,70	1,76	9,18	30,63
1992	21,09	2,02	9,61	32,72
1993	22,06	2,19	9,50	33,75
1994	23,26	2,19	9,44	34,89
1995	24,26	2,26	9,64	36,16
1996	26,16	2,35	9,40	37,91
1997	26,58	2,44	9,65	38,67
1998	27,71	2,59	9,98	40,29
1999	28,23	2,69	10,66	41,59

Die Summe von A'+B'+C' ergibt das Total'

4 Datenquellen und Bibliografie

BFS aktuell, Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken, Gesundheitskosten in der Schweiz – Entwicklung von 1960 bis 2000, Revidierte Zeitreihen, Neuchâtel, Juni 2003, Bestellnummer 532-0306.

FREI Andreas, HILL Stephan, Das schweizerische Gesundheitswesen, Verlag Krebs AG, Basel, 1992.

GREPPI S., ROSSEL R., STRUWE W., *Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG, Forschungsbericht Nr 15/98.* Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 1998.

GREPPI S., RITZMANN H., ROSSEL R., SIFFERT N., *Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/00, erarbeitet im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG,* Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 2000.

HUBER Hugo, *Zeitreihenanalyse und Entwicklung von Schätzmodellen der Kosten des Gesundheitswesens, Schlussbericht,* BFS, Bern, 1994.

Bundesamt für Statistik, *Kosten des Gesundheitswesens, Konzept und Resultate,* Bern, 1993.

Bundesamt für Statistik, *Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Resultate und Entwicklung seit 1960,* Bern, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998.

Bundesamt für Statistik, *Statistik der Kosten des Gesundheitswesens, revidiertes Grobkonzept, unveröffentlichtes Dokument,* Neuchâtel, 1999.

Bundesamt für Statistik, *Statistik der Kosten des Gesundheitswesens, Detailkonzept. Unveröffentlichtes Dokument,* Neuchâtel, 2000.

Bundesamt für Statistik, *Kosten des Gesundheitswesens, Methodologie, detaillierte Resultate und Entwicklung von 1995 bis 1999,* Neuchâtel, 2002.

Bundesamt für Statistik, *Kosten des Gesundheitswesens, detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995,* Neuchâtel, 2002.

Liste der Tabellen und Grafiken (auf dem Internet und in einer separaten Broschüre verfügbar)

Die folgenden Tabellen und Grafiken finden sich in einer separaten Broschüre: BFS aktuell, Tabellen zur Gesundheitsstatistik, Gesundheitskosten in der Schweiz – Entwicklung 1960-2000, Tabellen der revidierten Zeitreihen. Neuchâtel, Juni 2003, Bestellnummer 532-0306. Die vorliegende Publikation und der separate Anhang können auch über die Webseite des BFS unter der Adresse www.health-stat.admin.ch heruntergeladen werden.

1	T 1a T 1b T 1c G 1a	Leistungserbringer Hauptkategorien 1960-2000 in Mio CHF und in % des Totals Detailkategorien 1985-2000 in Mio. CHF Detailkategorien 1985-2000 in % des Totals Hauptkategorien 1960-2000
2	T 2a T 2b T 2c G 2a	Leistungen Hauptkategorien 1960-2000 in Mio. CHF und in % des Totals Detailkategorien 1985-2000 in Mio. CHF Detailkategorien 1985-2000 in % des Totals Hauptkategorien 1960-2000
3	T 3a T 3b T 3c G 3a	Direktzahler Hauptkategorien 1960-2000 in Mio. CHF und in % des Totals Detailkategorien 1985-2000 in Mio. CHF Detailkategorien 1985-2000 in % des Totals Hauptkategorien 1960-2000
4	T 4a T 4b T 4c G 4a	Finanzierungsträger aus volkswirtschaftlicher Sicht Hauptkategorien 1960-2000 in Mio. CHF und in % des Totals Detailkategorien 1985-2000 in Mio. CHF Detailkategorien 1985-2000 in % des Totals Hauptkategorien 1960-2000
5	T 5	Kosten des Schweizer Gesundheitswesens in % des Bruttoinlandprodukts
6	T 6	Entwicklung der Gesundheitskosten in % des BIP in einigen OECD-Ländern
7	T 7	Realkosten des Schweizer Gesundheitswesens, auf der Basis des Landesindex der Konsumentenpreise
8	T 8	Realkosten der Leistungen der Grundversicherung, auf der Basis des Landesindex der Konsumentenpreise
9	T 9	Indizes: Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner, Pflegekosten pro Versicherten, Löhne und Konsumentenpreise
10	T 10	Klassifikationen der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel

Individuelle Auskünfte

Das BFS im Internet

Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse

Publikationen zur vertieften Information

(zum Teil auch als Diskette/CD-Rom)

Online-Datenbank

Kontakt

032 713 60 11

info@bfs.admin.ch

www.statistik.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60

order@bfs.admin.ch

032 713 60 86

www.statweb.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln liefert das laufend nachgeführte Publikationsverzeichnis im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch>>News>>Neuerscheinungen.

Gesundheit

Im Fachbereich 14 Gesundheit erscheinen folgende Publikationen:

- Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Resultate 2000 und Entwicklung seit 1995 (Bestell-Nr. 026-0000)
- Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997 (Bestell-Nr. 213-9701)
- Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern 2001 (Bestell-Nr. 442-0100)
- Kosten des Gesundheitswesens. Methoden, Detaillierte Ergebnisse und Entwicklung 1995-1999 (Bestell-Nr. 026-9900)
- Todesursachenstatistik Tabellen 1995/1996 (Bestell-Nr 69/9600)
- Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Betriebszählung 1995 (Bestell-Nr 46/9500)

Werden die Gesundheitskosten über einen längeren Zeitraum hinweg analysiert, so zeigt sich, dass die Bedeutung sowie die individuelle und kollektive Wahrnehmung der Gesundheit eine Entwicklung erfahren, die von der Statistik berücksichtigt werden muss. Was 1960 unter dem Begriff «Gesundheitswesen» verstanden wurde, entspricht nicht mehr der gängigen Vorstellung im Jahr 2000. Die Untersuchung der Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens erfordert deshalb eine «Retropolation», d.h. eine Harmonisierung der Ergebnisse der Vergangenheit mit den aktuellen Definitionen der Akteure des Gesundheitswesens. Die in mehreren früheren Statistiken ausgewiesenen Kosten müssen an die Struktur des heutigen Gesundheitswesens angepasst werden.

Das BFS publiziert seit 1985 die Statistik der Kosten des Gesundheitswesens. Das Konzept wurde im Jahr 2000 revidiert, um die Statistik an die neuen methodischen Vorgaben der Gesundheitskonten der OECD anzupassen. Für die Periode 1958-2000 liegen detaillierte Zeitreihen vor. Für die vorangehende Periode (1960-1985) konnten lediglich die wichtigsten Kennziffern im Kosten- und Finanzierungsbereich errechnet werden.

Das Gesundheitswesen ist zu einem erstrangigen Wirtschaftsfaktor und gesellschaftlichen Sorgenkind geworden. Betrug der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt 1960 noch 4,9%, waren es 2000 bereits 10,7%. Nachdem die Bedeutung des stationären Sektors (Spitäler sowie Alters- und Pflegeheime) lange Zeit stetig zugenommen hat, scheint nun das neue Krankenversicherungsgesetz seit 1996 den Weg für strukturelle Anpassungen geebnet zu haben, die eine bessere Nutzung des ambulanten Versorgungsangebots ermöglichen. Aus der Sicht der Finanzierung ist der Ausbau der Sozialversicherungen zu erkennen, während die direkte Kostenbeteiligung des Staates (Bund, Kantone, Gemeinden) stagniert. Die privaten Haushalte tragen weiterhin einen bedeutenden Teil der Kosten des Gesundheitswesens.

Bestellnummer:
516-0301

Bestellungen:
Tel. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61

Preis: gratis

ISBN 3-303-14074-X

