

Herbstprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben 2013–2016

Report

Author(s):

Hartwig, Jochen; Sandqvist, Anna P.

Publication date:

2014-12

Permanent link:

<https://doi.org/10.3929/ethz-a-010699083>

Rights / license:

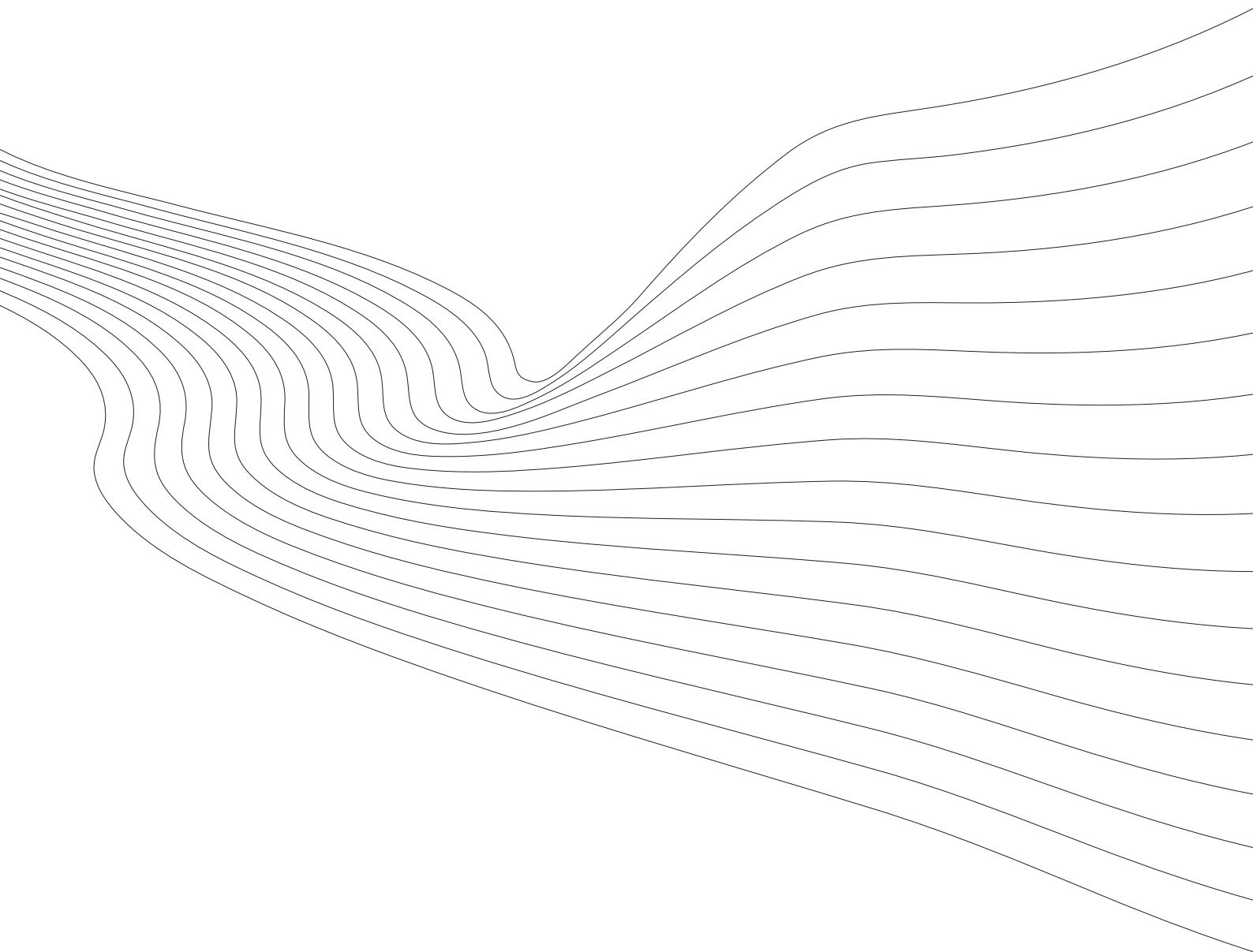
In Copyright - Non-Commercial Use Permitted

Originally published in:

KOF Studies 54

Herbstprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben 2013–2016

Pauliina Sandqvist und PD Dr. Jochen Hartwig



Impressum

Herausgeber

KOF Konjunkturforschungsstelle, ETH Zürich

© 2014 KOF Konjunkturforschungsstelle, ETH Zürich

Die Studie wurde unterstützt durch einen Forschungsbeitrag von Comparis

Projektleitung

Prof. Dr. Marko Köthenbürger

Projektbearbeitung

Pauliina Sandqvist und PD Dr. Jochen Hartwig

unter Mitarbeit von Massimo Mannino

KOF

ETH Zürich
KOF Konjunkturforschungsstelle
LEE G 116
Leonhardstrasse 21
8092 Zürich

Telefon +41 44 632 42 39
Fax +41 44 632 12 18
www.kof.ethz.ch
kof@kof.ethz.ch

Herbstprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben 2013–2016

unterstützt durch einen Forschungsbeitrag von Comparis

Projektleitung

Prof. Dr. Marko Köthenbürger

Projektbearbeitung

Pauliina Sandqvist

sandqvist@kof.ethz.ch

PD Dr. Jochen Hartwig

hartwig@kof.ethz.ch

unter Mitarbeit von Massimo Mannino

Zürich, 04.11.2014

1 Einleitung

Nach einem Unterbruch von drei Jahren nimmt die KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich ihre halbjährlichen Prognosen der schweizerischen Gesundheitsausgaben wieder auf. Die Prognosetätigkeit wird im Herbst unterstützt durch einen Forschungsbeitrag von Comparis (www.comparis.ch) und im Frühjahr durch einen Forschungsbeitrag von TopPharm (www.toppharm.ch). Bereits in den Jahren 2005-2011 hatte die KOF die schweizerische Gesundheitsausgabenentwicklung prognostiziert,¹ basierend auf einem Modell, das in dem Buch «Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz» (Abrahamsen et al. 2005) vorgestellt wurde. Dieses Modell wurde für die aktuelle Prognose grundlegend überarbeitet. Es besteht aus einem interdependenten System von OLS-Regressionsgleichungen, die in ersten Differenzen spezifiziert sind. Das heisst, es werden nur Kurzfristbeziehungen geschätzt. Die Gleichungsspezifikationen wurden grösstenteils über ein automatisiertes Variablenselektionsverfahren auf Grundlage des Akaike-Informationskriteriums bestimmt.

Die KOF erstellt Vorhersagen zur Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben sowie zu den Ausgaben in denjenigen Unterkategorien der «Leistungen», «Leistungserbringer» und «Finanzierungsregimes», für die Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) ab dem Jahr 1985 zur Verfügung stehen.² Die vorliegende Prognose deckt die Jahre 2013 bis 2016 ab. Da zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung für das Jahr 2013 noch keine Angaben des BFS zu den Ausgaben dieses Jahres vorlagen, wird auch dieses Jahr in der Prognose berücksichtigt. Das BFS veröffentlicht üblicherweise im Frühjahr provisorische Daten zu den Gesundheitsausgaben des vorvergangenen Jahres, die jeweils im Herbst nochmals revidiert und damit definitiv werden. Zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung lagen die definitiven Daten für 2012 noch nicht vor; sie wurden erst am 28.10.2014 vom BFS publiziert. Entsprechend wurden die Koeffizienten des KOF-Modells für die Gesundheitsausgaben mittels definitiven Daten aus dem Zeitraum 1985 bis 2011

¹ Vgl. <http://kof.ethz.ch/de/publikationen/p/kof-studien/>

² Das BFS spricht von «Gesundheitskosten». Die KOF bevorzugt den international gebräuchlichen Begriff «Gesundheitsausgaben» (*health care expenditure*).

plus den provisorischen Daten für 2012 geschätzt.³ Für die Jahre 2013 bis 2016 wird eine modellbasierte Prognose erstellt.

2 Datenstand

Für die Prognose der Gesundheitsausgaben benötigt das KOF-Modell Daten über die Entwicklung sogenannter exogener Variablen. Exogene Variablen werden nicht vom Modell erklärt, sondern dienen als Input für die Prognose der Gesundheitsausgaben-Variablen. Bei den exogenen Variablen handelt es sich insbesondere um die Bevölkerungsentwicklung in den verschiedenen Alterskohorten sowie um Variablen, welche die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beschreiben. Diese Prognose beruht auf dem Datenstand vom September/Oktober 2014.

Die vorläufigen Daten zu den Gesundheitsausgaben des Jahres 2012 hat das Bundesamt für Statistik (BFS) im Mai 2014 veröffentlicht. Die gesamten Gesundheitsausgaben des Jahres 2012 betragen demnach 68'012.5 Mio. Fr., und die Wachstumsrate lag bei 5.3%.⁴ Damit sind die gesamten Gesundheitsausgaben 2012 überdurchschnittlich angestiegen (der durchschnittliche Anstieg seit 1995 beträgt 3.9%). Die Zeitreihe enthält Strukturbrüche wie zum Beispiel 2006, als ein neues Erhebungskonzept eingeführt wurde.

Die Zeitreihen für die Ständige Wohnbevölkerung nach Alter haben einen Bruch im Jahr 2010, als das BFS eine neue Erhebungsmethode eingeführt hat, die unter anderem eine genauere Messung der Bevölkerung erlaubt. Sowohl die «historischen» Daten (bis 2009) als auch die 2014 aktualisierten Daten für den Bevölkerungsstand der Jahre 2010-2013 wurden von der BFS-Website übernommen.⁵ Für die Jahre 2014-2016 wurde auf das aktualisierte Demografieszenario «A-00-2010/2014» des BFS (das sogenannte mittlere Szenario) vom Sommer 2014 zurückgegriffen. Für die Gesundheitsausgabenprognose spielen insbesondere die Entwicklungen in den verschiedenen Alterskategorien (sogenannten Kohorten) eine wichtige Rolle. In erster Linie interessieren dabei die Bevölkerungskohorten mit

³ Die Revision der gesamten Gesundheitsausgaben für 2012 lag mit -30.3 Mio. Fr. bei einem Ausgabentotal von knapp 68 Mrd. Fr. im homöopathischen Bereich.

⁴ Gemäss den Ende Oktober revidierten Daten betragen die gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 67'982.2 Mio. Fr. Die Wachstumsrate blieb bei 5.3%.

⁵ Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/data/01.html>.

höherem Lebensalter, da diese pro Kopf mehr Gesundheitsleistungen konsumieren als die jüngeren Kohorten.

Das BFS publiziert auch Daten zur Anzahl der Ärzte im ambulanten Sektor («Ärzte in freier Praxis»). Aus diesen Angaben wird die Modellvariable «Ärztendichte» berechnet. Aktuell reichen die Daten bis 2013. Für die Prognose der Anzahl der niedergelassenen Ärzte im Zeitraum 2014 bis 2016 wird das Trendwachstum der Jahre 2000 bis 2007 fortgeschrieben (Mittelwert des Hodrick-Prescott-Wachstumstrends). In den Jahren nach 2007 hatte zunächst eine Revision der Ärztestatistik starke Ausschläge in der Wachstumsrate zur Folge, und ab dem Jahr 2010 führte die Aufhebung des Zulassungsstopps für Allgemeinmediziner, der zwei Jahre später auch für Fachärzte galt, zu einem starken Anstieg der Zahl der Ärzte im ambulanten Sektor. Nach der teilweisen Wiedereinführung des Zulassungsstopps zum 1. Juli 2013 wird für Periode 2014-2016 wieder mit moderateren Anstiegen – ähnlich wie im Zeitraum 2000-2007 – gerechnet.

Auch die Erwerbsquote der Frauen ist eine der verwendeten exogenen Erklärungsvariablen, da in der Fachliteratur ein Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeit der Frauen, dem Rückgang der unentgeltlichen Pflege in Privathaushalten und entsprechend ansteigenden Kosten für professionelle Pflege hergestellt wird, der sich in den Schweizer Daten zu bestätigen scheint. Daten zur standardisierten Erwerbsquote von Frauen (15 Jahre und älter) werden bis einschliesslich 2013 vom BFS übernommen. Für die Prognose dieser Variable werden die Wachstumsraten der Brutto-Erwerbsquote der Frauen aus dem Szenario zur zukünftigen Entwicklung der Erwerbsquoten verwendet, da für die standardisierte Erwerbsquote keine Szenarien vom BFS vorliegen.

Die exogenen Variablen, welche die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beschreiben, werden zum grössten Teil der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) entnommen. Im September 2014 hat das BFS die schweizerische VGR auf den neuen europäischen Standard ESVG 2010 umgestellt. Diese Umstellung kam für die vorliegende Herbstprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben allerdings zu spät. Daher wurden für diese Prognose letztmalig auf dem alten VGR-Standard (ESVG95) basierende Vergangenheitsdaten verwendet. Für die Jahre 2013/2014 bis 2016 waren prognostische Angaben zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nötig, die normalerweise aus der aktuellen vierteljährlichen Konjunkturprognose der KOF übernommen worden wären. Da infolge der VGR-Umstellung letztere aber um einen

Monat verschoben wurde, verwendet die vorliegende Prognose der Gesundheitsausgaben Daten aus einer von der KOF Anfang September 2014 berechneten unveröffentlichten Konjunkturprognose bis 2016, basierend auf dem alten ESVG95-Standard.

Für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen ist insbesondere die Lohnentwicklung von Bedeutung. Da das Gesundheitswesen ein personalintensiver Sektor ist, bewirken steigende Löhne höhere Kosten für gegebene Leistungen. Darüber hinaus beeinflusst die Lohnentwicklung auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, da sich die Konsumenten bei steigendem Einkommen höhere Ausgaben für ihre Gesundheit leisten können. Die nominellen Löhne stiegen 2012 und 2013 mit Wachstumsraten von 0.8% und 0.7%. Für 2014 erwartete die KOF in ihrer Prognose vom September ein Wachstum der Nominallöhne von 0.8%. Nächstes und übernächstes Jahr dürften sich Wachstumsraten von jeweils 0.6% ergeben.

3 Modell

Das Modell besteht aus 36 Regressionsgleichungen die mit OLS geschätzt werden. Die oben erwähnten exogenen Variablen gehen in ersten Differenzen des logarithmierten Niveaus (Wachstumsraten) in die Gleichungen ein, und erklärt werden die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben-Variablen. Die Selektion der erklärenden Variablen erfolgte in den meisten Fällen automatisiert und basierend auf dem Akaike-Informationskriterium. Die Gleichungsspezifikationen werden zu einem späteren Zeitpunkt in einer «KOF Analyse» dokumentiert.

4 Prognose

Tabelle 1 fasst die von der KOF für die Jahre 2013-2016 prognostizierten Wachstumsraten der gesamten Gesundheitsausgaben zusammen.

Tab. 1: Prognosen für die gesamten Gesundheitsausgaben				
	2013	2014	2015	2016
KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2014	4.9%	2.1%	2.8%	3.7%

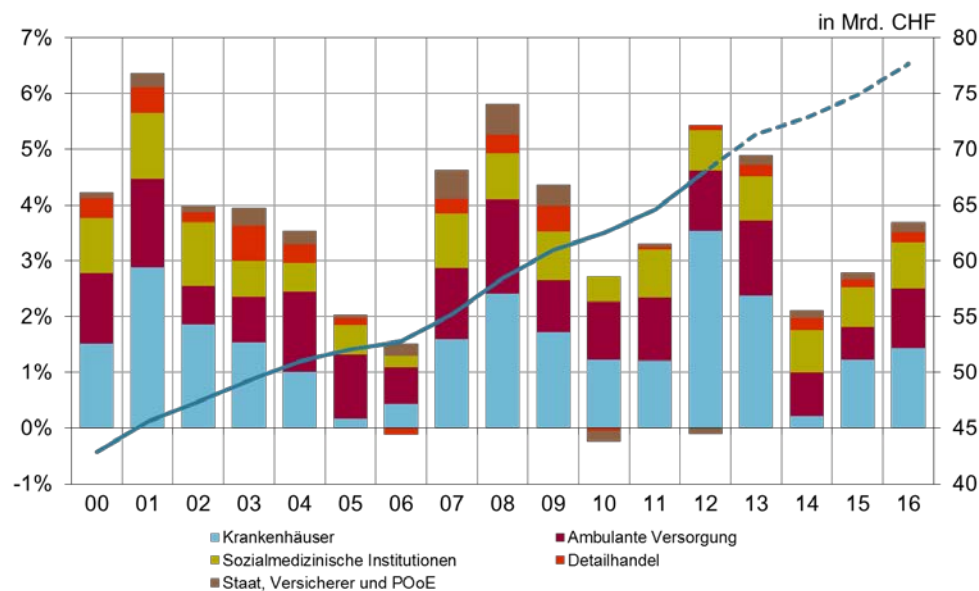
Die starken Schwankungen der Wachstumsraten überraschen angesichts einer durchwegs moderaten Lohnentwicklung. Sie sind vor allem das Resultat der weiter unten beschriebenen gesundheitspolitischen Massnahmen, die in der Prognose mittels sogenannter Kalibrierungen berücksichtigt werden. Kalibrierung bedeutet, dass die vom Modell prognostizierten Wachstumsraten nach oben oder unten angepasst werden, um die Effekte von gesundheitspolitischen Massnahmen zu erfassen, die das Modell nicht vorhersehen konnte. Leider ist hierbei ein gewisses Mass an Willkür nicht zu vermeiden, was die Konfidenz in die prognostizierten Raten beeinträchtigt.

Hauptgrund für die Kalibrierungen, die in der vorliegenden Gesundheitsausgabenprognose im Vergleich zu früheren Prognosen sehr umfangreich sind, ist die Umstellung der Spitalfinanzierung auf Fallpauschalen, die 2012 eingeführt wurde. Zwar war angekündigt worden, dass diese Umstellung kostenneutral ausfallen soll, de facto kam es aber bereits 2012 zu einem Kostenschub bei den Ausgaben für die Leistungserbringer «Krankenhäuser» von knapp 10%. Für 2013 ist mit einer Fortsetzung des überdurchschnittlichen Ausgabenwachstums im Spitalbereich zu rechnen, da die Umstellung auf Fallpauschalen zu verzögerten Rechnungsstellungen geführt hat, wodurch viele 2012 erbrachte Leistungen erst im Jahr 2013 abgerechnet wurden. Hierauf weist das «Kostenmonitoring» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hin, in dem die Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) pro versicherte Person dokumentiert werden. Zwar trägt die OKP nur etwa ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben – den Rest teilen sich der Staat und die privaten Haushalte als Direktzahler – und die Wachstumsraten in den Ausgabenkategorien gemäss Kostenmonitoring des BAG korrelieren mit den vom BFS veröffentlichten Wachstumsraten der Gesamtausgaben pro Kategorie oft nicht hoch. Allerdings deutet die Tatsache, dass die Ausgaben der OKP für Spitäler 2013 pro Kopf nochmals um 15.5% (stationär) bzw. 12.2% (ambulant) gestiegen sind, an, dass die oben erwähnten Verschiebungseffekte aufgetreten sind und für 2013 demnach nochmals mit einem stark überdurchschnittlichen Anstieg der Gesamtausgaben gerechnet werden muss.

Hierzu trägt auch die in der ersten Jahreshälfte noch nicht wieder eingeschränkte Niederlassungsfreiheit für Ärzte bei. So erhöhten sich auch die pro Kopf Ausgaben für Arztbehandlungen in der OKP im Jahr 2013 um 7.1%. Der KOF Prognose von 4.9% für die gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2013 steht ein Anstieg der

Ausgaben in der OKP von 6.9% pro Kopf gegenüber. Auch angesichts eines Bevölkerungswachstums von 1.2% im Jahr 2013 dürften die Risiken unserer Prognose für jenes Jahr daher auf der oberen Seite liegen.

Graphik 1: Wachstumsbeiträge nach Leistungserbringern



Nach den starken Ausgabenschüben der Jahre 2012 und 2013 dürfte sich der Anstieg von dem erhöhten Kostenniveau aus im laufenden Jahr auf 2.1% abflachen. Hierauf deutet bereits das BAG-Kostenmonitoring hin, mit einem Anstieg der gesamten Ausgaben in der OKP um lediglich 0.2% im ersten Halbjahr 2014 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Dass das Jahr 2013 durch die Verschiebungseffekte ein überzeichnetes Ausgabenniveau aufwies, spielt hier ebenso eine Rolle wie die Wiedereinführung des Zulassungsstopps. Desweiteren sind auf Juni 2013 Preissenkungen bei Medikamenten in Kraft getreten, die laut BAG zu Einsparungen von 720 Mio. Fr. bis 2015 führen sollten. Dies hat zur Folge, dass sich das Ausgabenwachstum 2015 mit 2.8% nochmals moderat entwickelt und sich erst 2016, nach dem erwarteten Wegfall der Sparmassnahmen im Medikamentenbereich, wieder etwas auf 3.7% beschleunigt.

Alles in allem bleibt festzuhalten, dass über den gesamten Zeitraum 2014-2016 vor allem aufgrund der schwachen Lohnentwicklung mit Anstiegen von 0.8% in diesem und je 0.6% in den kommenden beiden Jahren, aber auch dank Einsparungen im Medikamentenbereich, die Zunahme der Gesundheitsausgaben unterdurch-

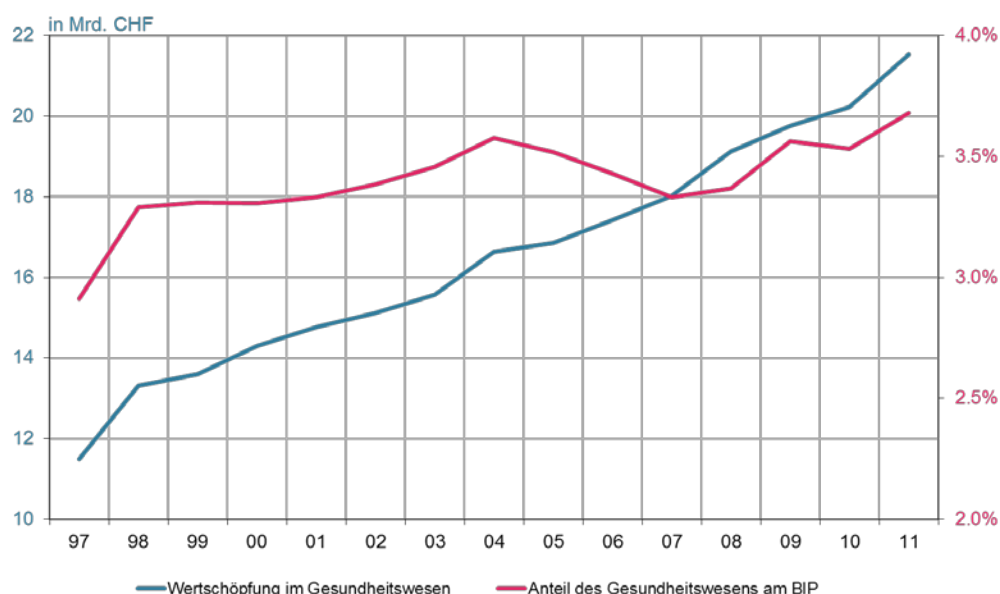
schnittlich ausfallen dürfte. Ferner strebt der Bundesrat mit seiner «Strategie Gesundheit2020» mittel- bis langfristig erhebliche zusätzliche Einsparungen an. Über den Prognosehorizont bis 2016 erscheinen die Kostenfolgen der im Rahmen dieser Strategie geplanten Massnahmen – ausser im Medikamentenbereich – aber bislang noch nicht konkret genug, um sie in der Prognose berücksichtigen zu können.

Die Tabellen in Abschnitt 7 dokumentieren die Gesundheitsausgabenprognose der KOF für 2013–2016 im Detail.

5 Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors

Der Gesundheitssektor entwickelt sich zu einem immer wichtigeren Zweig der Schweizer Wirtschaft. Im Jahr 2013 erreichte die Beschäftigung im Gesundheitswesen 236'000 Vollzeitäquivalente. Der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen an der Gesamtbeschäftigung nimmt langfristig zu und erhöhte sich, gemessen in Vollzeitäquivalenten, von 4.9% im Jahr 1992 auf 6.7% im Jahr 2013. Der Anteil des Gesundheitswesens an der gesamten Wertschöpfung stieg gemäss dem alten ESVG95 von 2.9% (1997) auf 3.7% (2011). Dem neuen Standard ESVG 2010 zufolge betrug der Wertschöpfungsanteil des Gesundheitswesens am BIP im Jahr 2011 bereits 4.7% und im Jahr 2012 5.0%.

Graphik 2: Wertschöpfung im Gesundheitswesen



Die Gesundheitsausgabenquote, d.h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, ist gemäss ESVG95 in den zehn Jahren vor 2012 von 10.9% auf 11.5% gestiegen.⁶ Im Prognosezeitraum erhöhen sich die Gesundheitsausgaben stärker als das nominelle BIP, wodurch die Quote bis 2016 auf 12.0% ansteigt.

6 Literatur

Abrahamsen, Y., Hartwig, J., Schips, B. (2005): Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz, Zürich: vdf Hochschulverlag.

⁶ Die Gesundheitsausgaben enthalten Zahlungen für Leistungen, die nicht vom Gesundheitswesen erbracht werden, sondern beispielsweise vom Detailhandel oder der Industrie. Deshalb liegt der Anteil der Wertschöpfung im Gesundheitswesen am BIP tiefer als der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP («Gesundheitsausgabenquote»).

7 Prognose der Gesundheitsausgaben 2013–2016

Tabelle 2: Leistungen

	2012		2013		2014		2015		2016	
	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %
Gesundheitsausgaben, total	68012.5	5.3%	71343.9	4.9%	72851.3	2.1%	74880.6	2.8%	77648.0	3.7%
Stationäre Behandlung	31403.4	7.1%	33049.5	5.2%	33520.7	1.4%	34514.8	3.0%	35705.0	3.4%
Ambulante Behandlung	22494.3	5.8%	23717.8	5.4%	24357.4	2.7%	25096.8	3.0%	26230.6	4.5%
Behandlung durch Ärzte	9613.4	3.6%	10129.4	5.4%	10416.0	2.8%	10747.5	3.2%	11109.1	3.4%
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	5868.4	13.0%	6380.7	8.7%	6606.6	3.5%	7026.6	6.4%	7536.6	7.3%
Andere Leistungen	2249.6	4.2%	2380.9	5.8%	2504.5	5.2%	2575.9	2.9%	2659.6	3.2%
Verkauf von Gesundheitsgütern	7447.0	1.5%	7663.3	2.9%	7835.2	2.2%	7973.9	1.8%	8203.2	2.9%
Verkauf von Arzneimitteln durch Detailhandel	4350.5	3.5%	4429.5	1.8%	4527.4	2.2%	4599.3	1.6%	4690.4	2.0%
Verkauf von Arzneimitteln durch Ärzte	1897.8	2.6%	1968.1	3.7%	1991.7	1.2%	2029.9	1.9%	2129.1	4.9%
Therapeutische Apparate	1198.6	-6.4%	1265.7	5.6%	1316.0	4.0%	1344.7	2.2%	1383.7	2.9%
Prävention	1449.0	0.4%	1478.8	2.1%	1500.7	1.5%	1513.6	0.9%	1548.9	2.3%
Verwaltung	2969.1	-2.2%	3053.5	2.8%	3132.8	2.6%	3205.7	2.3%	3300.7	3.0%

Tabelle 3: Leistungserbringer

	2012		2013		2014		2015		2016	
	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %
Gesundheitsausgaben, total	68012.5	5.3%	71343.9	4.9%	72851.3	2.1%	74880.6	2.8%	77648.0	3.7%
Krankenhäuser	25491.8	9.8%	27109.3	6.3%	27263.4	0.6%	28157.2	3.3%	29234.5	3.8%
Sozialmedizinische Institutionen	11780.0	4.1%	12320.8	4.6%	12864.0	4.4%	13384.3	4.0%	14007.1	4.7%
Pflegeheime	9026.7	4.9%	9442.8	4.6%	9846.0	4.3%	10229.6	3.9%	10718.3	4.8%
Institutionen für Behinderte und andere Institutionen	2753.3	1.7%	2878.0	4.5%	3018.0	4.9%	3154.7	4.5%	3288.8	4.3%
Ambulante Versorgung	20631.6	3.5%	21541.1	4.4%	22098.6	2.6%	22524.8	1.9%	23327.6	3.6%
Ärzte	11706.1	3.5%	12303.2	5.1%	12618.7	2.6%	12994.6	3.0%	13463.2	3.6%
Zahnärzte	3886.0	1.5%	3950.6	1.7%	4019.6	1.7%	4081.7	1.5%	4140.6	1.4%
Physiotherapeuten	834.1	2.9%	883.2	5.9%	904.1	2.4%	922.1	2.0%	938.6	1.8%
Spitexdienste	1847.9	6.6%	1968.0	6.5%	2073.9	5.4%	2183.8	5.3%	2299.3	5.3%
Detailhandel	5549.1	1.2%	5695.2	2.6%	5843.5	2.6%	5944.0	1.7%	6074.1	2.2%
Apotheken	4146.9	3.0%	4232.5	2.1%	4328.7	2.3%	4401.3	1.7%	4493.4	2.1%
Drogerien	203.6	14.8%	197.0	-3.2%	198.7	0.9%	198.0	-0.4%	197.0	-0.5%
Therapeutische Apparate	1198.6	-6.4%	1265.7	5.6%	1316.0	4.0%	1344.7	2.2%	1383.7	2.9%
Leistungen des Staates	1111.2	-1.0%	1179.2	6.1%	1211.3	2.7%	1233.4	1.8%	1258.4	2.0%
Leistungen der Versicherer	2741.6	-2.6%	2779.5	1.4%	2835.0	2.0%	2885.1	1.8%	2970.7	3.0%
Leistungen der Organisationen ohne Erwerbscharakter	707.1	2.5%	718.7	1.6%	735.5	2.3%	751.7	2.2%	775.7	3.2%

Tabelle 4: Finanzierungsregimes

	2012		2013		2014		2015		2016	
	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %	Mio. Fr.	Veränd. in %
Gesundheitsausgaben, total	68012.5	5.3%	71343.9	4.9%	72851.3	2.1%	74880.6	2.8%	77648.0	3.7%
Staat	13727.1	9.2%	14241.9	3.8%	14346.3	0.7%	14576.8	1.6%	14938.1	2.5%
Bund	149.6	3.5%	149.7	0.1%	149.6	-0.1%	150.1	0.3%	151.7	1.1%
Kantone	11664.0	11.1%	12191.3	4.5%	12322.4	1.1%	12593.8	2.2%	12958.9	2.9%
Gemeinden	1913.5	-0.5%	1900.9	-0.7%	1874.3	-1.4%	1832.9	-2.2%	1827.5	-0.3%
Sozialversicherungen	28568.6	6.8%	30390.1	6.4%	30757.4	1.2%	31767.2	3.3%	33052.0	4.0%
Krankenversicherung KVG	24347.5	7.9%	26077.7	7.1%	26336.3	1.0%	27259.6	3.5%	28461.1	4.4%
Unfallversicherung UVG	2044.9	5.9%	2107.6	3.1%	2167.8	2.9%	2224.8	2.6%	2295.2	3.2%
IV und AHV	2176.2	-3.9%	2204.8	1.3%	2253.3	2.2%	2282.8	1.3%	2295.7	0.6%
Andere Regimes, bedarfsabhängige Sozialleistungen	3047.2	3.7%	3123.0	2.5%	3310.0	6.0%	3192.3	-3.6%	3267.5	2.4%
Privatversicherungen	4863.1	-12.2%	5006.9	3.0%	5138.6	2.6%	5281.7	2.8%	5447.2	3.1%
Private Haushalte	17144.4	6.1%	17902.9	4.4%	18604.6	3.9%	19337.7	3.9%	20187.2	4.4%
Kostenbeteiligungen	3747.0	3.7%	3934.0	5.0%	4093.2	4.0%	4272.3	4.4%	4460.4	4.4%
Out of Pocket	13397.4	6.8%	13968.9	4.3%	14511.4	3.9%	15065.4	3.8%	15726.8	4.4%
Andere private Finanzierung	662.0	9.8%	679.1	2.6%	694.4	2.3%	725.0	4.4%	756.0	4.3%